

التدخل المبكر

النماذج والإجراءات

الأستاذ الدكتور
إبراهيم عبدالله الزريقات
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
كلية العلوم التربوية - الجامعة الأردنية

التدخل المبكر

النماذج والإجراءات

الأستاذ الدكتور
إبراهيم عبدالله الزريقات
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
كلية العلوم التربوية - الجامعة الأردنية



رقـــــم التصـــــنيف : 371.9

المؤلف ومن هو في حكمه : ابراهيم عبد الله الزريقات

عنـــوان الكـــتاب : التدخل المبكر النماذج والإجراءات

رقـــــم الإيـــــداع : 2008/4/1088

الـــواصـــفـــات : التعليم الخاص/ التربية الخاصة/ التربية

بـــيانـــات الـــنشـــر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى 2009م – 1429هـ الطبعة الثانية 2011م – 1432هـ

الطبعة الثالثة 2012م – 1433هـ الطبعة الرابعة 2015م – 1436هـ

الطبعة الخامسة 2016م – 1437هـ



عنوان الدار

الرئيسي : عمان - العبدلي - مقابل البنك العربي هاتف : 5627049 6 962+ فاكس : 5627059 6 962+

الفرع : عمان - ساحة المسجد الحسيني - سوق البتراء هاتف : 4640950 6 962+ فاكس : 4617640 6 962+

صندوق بريد 7218 عمان - 11118 الأردن

E-mail: Info@massira.jo . Website: www.massira.jo

التصميم والاخراج بالدار - دائرة الانتاج

المحتويات

الفصل الثاني

النمو في الطفولة المبكرة

الفصل الثالث

تقييم الأطفال الصغار ذوي الإحتياجات الخاصة

الفصل الرابع

نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر

الفصل الخامس

مشاركة الآباء

الفصل السادس

خدمات التدخل المبكر مع الأطفال الصغار ذوي الإحتياجات الخاصة

المقدمة

تعتبر السنوات المبكرة الأولى من عمر الطفل من السنوات المهمة والمؤثرة في كافة المظاهرة النمائية، ويؤكد الاختصاصيون أن الخبرات المبكرة للطفل تؤثر في تطوره وتعلمه لاحقاً. وهذا بدوره يلقي الضوء على أهمية تشجيع نمو الطفل وتطوره وتوفير أفضل الخبرات التي من شأنها أن تساعد على تحقيق هذا الهدف.

وفي عصرنا الحاضر فإن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة أصبحوا الآن يتلقون تعليمهم في سياقات وأوضاع تعليمية مختلفة. كما ويقدم الأخصائيون مع تنوع خلفياتهم الأكاديمية خدمات متنوعة تسعى إلى توفير أفضل البيئات المساعدة على تشجيع تطور الطفل وإغنائه بالخبرات الضرورية، ونظراً لأهمية خدمات التدخل المبكر ودورها في تحقيق الأهداف المنشودة مع الأطفال الصغار من ذوي الحاجات الخاصة، فقد جاءت فكرة هذا الكتاب ليكون مرجعاً علمياً يزود القارئ بمعلومات معاصرة، وبإجراءات ونماذج تقديم خدمات التدخل المبكر، وهكذا فهذا الكتاب يخدم دليلاً لأباء الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ومعلمي التربية الخاصة وكذلك معلمي التربية العامة وغيرهم من الاختصاصيين المهنيين المهتمين في رعاية الطفولة المبكرة. وقد نظم هذا الكتاب في ثمانية فصول وذلك على النحو الآتي:

الفصل الأول: ويعرض أسس التربية الخاصة في الطفولة المبكرة من حيث التعريف بها وبرواد الطفولة المبكرة وأصول التربية الخاصة المبكرة وتطور الخدمات المقدمة وأهمية خدمات التدخل المبكر في التربية الخاصة.

الفصل الثاني: ويناقش النمو في مرحلة الطفولة المبكرة فهو يعرف المعالم النمائية المختلفة المشتملة على النمو المعرفي واللغوي والاجتماعي والتواصل والنمو الحركي وكيفية تشجيع هذه المعالم في الطفولة المبكرة. كما يعرض الفصل أيضاً بعض الجداول النمائية الموضحة للمتطلبات النمائية في الأعمار المختلفة.

الفصل الثالث: ويوضح تقييم الأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة من حيث إجراءات التقييم المستخدمة وأمثلة على بعض هذه الإجراءات. كما يناقش عملية التقييم في كل المعالم النمائية وإرشادات لممارسة التقييم مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.

الفصل الرابع: ويهدف إلى التعرف على المنهاج في الطفولة المبكرة وكيفية إعداده، فهو يعرض الأسس النظرية لتطوير المنهاج في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة.

الفصل الخامس: ويستهدف نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر وإيجابيات وسلبيات كل من هذه النماذج والبرنامج التربوي وإستراتيجيات تقديم خدمات التدخل المبكر مع الأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة.

الفصل السادس: ويناقش مشاركة الآباء وكيفية إشراكهم في تحديد أفضل الخدمات وتقديمها، كما يناقش التحديات الخاصة التي تواجههم بسبب امتلاكهم لطفل ذوي حاجة خاصة. كما يناقش عملية إقامة علاقات فعالة مع الآباء ودور الأخصائي في تحقيق هذا الهدف.

الفصل السابع: يعرض خدمات التدخل المبكر مع فئات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة فهو يعرض تعريفاً بالإعاقة والخصائص النفسية والسلوكية للمعاقين على اختلاف فئاتهم وخدمات التدخل المبكر المقدمة لهذه الفئات.

الفصل الثامن: ويعرض الاحتواء الشامل مع الأطفال الصغار وأهميته بالنسبة لذوي الاحتياجات الخاصة وأهدافه.

وأخيراً،، فإني لأرجو الله تعالى أن أكون قد وفقت في إعداد هذا الكتاب وتحقيق الهدف منه، إنه نِعم المولى ونِعم النصير.

المؤلف

د. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات

عمان – 2011

الفصل الأول

أسس التربية الخاصة في الطفولة المبكرة

- المقدمة
- تعريف التدخل المبكر
- أصول التربية الخاصة في الطفولة المبكرة
- تطور تربية وتعليم الطفولة المبكرة
- الرائدون في تربية وتعليم الطفولة المبكرة
- تأثيرات أخرى على تربية الطفولة المبكرة
- حركة رعاية الطفل
- التغيرات في تربية الطفولة المبكرة
- الممارسة النمائية المناسبة
- برامج للأطفال ذوي الحاجات الخاصة
- برامج التدخل المبكر
- ما الذي يعرض الأطفال للخطر

الفصل الأول

أسس التربية الخاصة في الطفولة المبكرة

Foundations of Early Childhood Special Education

المقدمة Introduction

يتعلم معظم الأطفال عن الظواهر المختلفة الموجودة في البيئة من حولنا منذ الميلاد وحتى دخول المدرسة، ومن خلال التفاعل مع هذه البيئة والخبرات المختلفة التي يكتسبونها ينمون ويتطورون بطرق منتظمة ومتنبأ بها فهم يتعلمون عن العالم المحيط بنا والبيئة التي نعيش فيها، كما أنهم في هذه السنوات المبكرة يطورون أشكالاً مختلفة من التواصل، وكذلك يحققون مستوى من الاستقلالية. وهذه الخبرات المبكرة مع البيئة المحيطة ترتبط بأنماط ومعدلات النمو للأطفال ومن هنا فإن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وبسبب معوقات النمو التي يواجهونها فإن أنماط ومعدلات النمو لديهم تختلف عن تلك التي لدى الأطفال ذوي النمو الطبيعي والذين لا يعانون من تحديات خاصة.

وحتى يتمكن الأطفال ذوو الحاجات الخاصة من إتقان المهارات الأساسية التي يتقنها معظم الأطفال العاديين فإنهم يحتاجون إلى برامج تربوية خاصة مخطط لها ومطبقة في الطفولة المبكرة. ويتفق خبراء التدخل المبكر على أن البرامج المبكرة هي الأفضل. ويعتقد بوتن وايت Buton White وهو خبير في تطور الأطفال ونموهم وقد عمل لسنوات مع الأطفال دون سن المدرسة وانتج العديد من الأبحاث مع الأطفال الرضع وأطفال دون سن المدرسة في مشروع جامعة هارفورد للأطفال Harvard University Preschool Project، بأن الفترة الزمنية الواقعة بين الـ 8 شهور والثلاث سنوات الأولى من العمر مهمة في النمو المعرفي والاجتماعي، وإذا

كانت السنوات الأولى من العمر مهمة بالنسبة لذوي النمو الطبيعي فإنها أكثر أهمية بالنسبة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة. فهؤلاء الأطفال وبمرور الأيام والأشهر من أعمارهم، يعانون أنماطاً من التأخر النمائي وفقاً لطبيعة إعاقاتهم، ولذلك فإن الخدمات التربوية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة مهمة خصوصاً في السنوات دون سن المدرسة. ومن الملاحظ على معاملة الوالدين للأطفال الذين يظهرون عيوباً نمائية بأن يقال لهم: انتظر وانظر Wait and see فإن من المحتمل أن ينمو طبيعياً ويتجاوز هذه العيوب. إنه من الواضح أن التأخر النمائي لا يذهب وحده مع الزمن وأن الأطفال الصغار المتأخرين نمائياً لا يتجاوزون ذلك دون تدخل (Heward,2006).

ويشير هيوارد (Heward, 2006) إلى أن كو (Keogh, etal 2004) وزملاؤه، قاموا بمتابعة أطفال متأخرين نمائياً لمدة عشرين عاماً وكانت العينة من عمر الثالثة. وأشارت نتائج متابعتهم إلى أن معظم الأطفال لم يتجاوزوا تأخرهم النمائي، وإن كان معظمهم يعيش مع أسرهم أو في منازل جماعية وقد أكدت نتائجهم بأن مشكلات التأخر النمائي في الطفولة المبكرة تستمر في الرشد المبكر.

وفي وقتنا الحاضر، فإن التربية الخاصة في الطفولة المبكرة Early Childhood Special Education أصبحت واحدة من المجالات المميزة والمتطور في التربية وكذلك فعالية خدمات التربية الخاصة المبكرة أيضاً أصبحت معلماً مميزاً (Hewards, 2006). (Alen and Lowdewy, 2012).

تعريف التدخل المبكر Defining Early Intervention

تعرف الموسوعة الأمريكية للمعلمين والمربين American Educators Encyclopedias. تربية الطفولة المبكرة (Early Childhood Education (ECE بأنها مستوى رسمي من التعليم يقدم إلى الأطفال الصغار وأطفال دون سن المدرسة بما في ذلك الروضة (Dejhozka and Kapel, 1991). وفي أدب الطفولة المبكرة والتربية الخاصة فإن التدخل المبكر Early Intervention أحياناً يعود فقط على الخدمات المقدمة للأطفال الرضع والأطفال الصغار من الميلاد وحتى سن عامين من العمر. أما

التربية الخاصة في الطفولة المبكرة Early Childhood Special Education فتعود إلى الخدمات التربوية والخدمات المساندة المقدمة للأطفال من أعمار من 3-5 سنوات. وفي هذا الكتاب فإننا سوف نستخدم كلا المفهومين لنشير إلى خدمات التربية الخاصة المقدمة للأطفال من الميلاد إلى سن 5 سنوات، ويتألف التدخل المبكر من مدى واسع من الخدمات التربوية والغذائية ورعاية الطفل ودعم الأسرة والتي تصمم وتهدف جميعها إلى خفض تأثيرات الإعاقات المفترضة. ويعرف التدخل المبكر بأنه: جهود موجهة على مستوى المنزل والصف وتقدم:

1. خدمات تعويضية أو وقائية للأطفال المعرضين إلى خطر مشكلات التعلم والمشكلات السلوكية في حياتهم خصوصاً خلال سنوات المدرسة الأساسية.
2. خدمات علاجية للمشكلات والعيوب النمائية القائمة أو الحاضرة، إذ يجب أن يقدم التدخل المبكر خدمات التقييم والخدمات المتخصصة لخفض أو إزالة آثار الإعاقات المفترضة أو لوقاية النمو من المشكلات الأخرى، وهكذا تنخفض الحاجة إلى الخدمات الخاصة الأساسية (Heward, 2006).

أما كيرك وجيلر واناستاسيو (Kirk, Gallagher, and Anastasiow, 2003) فيعرفون التدخل المبكر على أنه المدى الواسع من الخدمات التي تقدم للأطفال والآباء والأطفال الرضع وأسرهم خلال مرحلة الحمل والرضاعة والطفولة المبكرة.

وعلى نحو عام يشير فوجن وبوس وسكام (Vaughn, Bos, and Schumm, 2007) إلى أن الأطفال الذين يحققون المعايير الآتية هم أطفال يحتاجون إلى مساعدة ودعم:

1. حالات صحية مشخصة بإحدى فئات الإعاقات مثل الصمم وغيره.
2. تأخر نمائي يؤثر على تنفيذ الأنشطة الحياتية اليومية.
3. الأطفال المعرضون للخطر ولكنهم لا يظهرون الإصابة بالإعاقة أو التأخر النمائي.

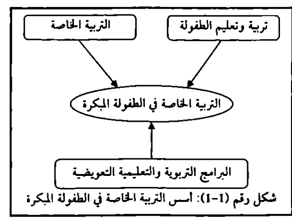
أصول التربية الخاصة في الطفولة المبكرة

The Origins of Early Childhood Special Education

لقد حظيت العقود الثلاثة الأخيرة بتزايد الوعي والخدمات والفرص المعطاة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة. وقد ساعدت عوامل مثل وضع التشريعات القانونية والسياسات العامة في الدفاع عن الحقوق على زيادة الانتباه للأطفال من ذوي الحاجات الخاصة واعتبرت التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، من العلوم حديثة العهد مقارنة مع غيرها. وقد أسست الخبرات التربوية والنمائية مع ذوي الحاجات الخاصة اعتماداً على ثلاث حركات ذات صلة وهي:

1. التربية الخاصة في الطفولة المبكرة جاءت وتطورت من تربية وتعليم الطفولة المبكرة.
2. التربية الخاصة لطلبة سن المدارس.
3. البرامج التعويضية مثل برنامج هيد ستارت Head Start.

ولقد لعبت كل حركة من هذه الحركات دوراً مهما وبارزاً في تطور التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. وربما من المناسب أن ننظر إلى التربية الخاصة في الطفولة المبكرة على أنها مؤسسة من أفضل الخبرات والممارسات والبحث الدال على فاعلية استراتيجيات التدخل المبكر. ويوضح الشكل التالي الحركات الثلاث المساعدة في بناء التربية الخاصة في الطفولة المبكرة.



شكل رقم (1-1): أسس التربية الخاصة في الطفولة المبكرة

تطور تربية وتعليم الطفولة المبكرة

The Development of Early Childhood Education

ينظر إلى تاريخ تربية وتعليم الطفولة المبكرة على أنه تاريخ غني بالمساهمات، وقد ساعدت جهود القادة الدينيين وحركات الإصلاح والمنظرون والعلماء التربويون والفلاسفة على تشكيل تفكير معاصر حول الأطفال الصغار. وهذه الجهود أسست العديد من المفاهيم والممارسات التي ما تزال مستخدمة مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة والطلبة المعرضين للخطر (Gargiulo and Kilgo, 2000).

المدارس المبكرة للأطفال الصغار Early Schools for Young Children

يعود الفضل في تقدم البرامج التربوية المقدمة للأطفال الصغار في وقتنا الحاضر إلى مساهمات الفلاسفة الأوائل، فعلى سبيل المثال مارتن لوثر Martin Lnther (1483-1546) وهو من رجال الدين الذين أكدوا على أهمية تعليم الأطفال والتربية التعويضية لهم.

أما جان جاك روسو Jean – Jacques Rousea (1712 -1778) فقد نادى بأهمية المنهج الطبيعي في تربية وتعليم الأطفال الصغار، وأكد على اهمية الخبرات الطبيعية في تطور قدرات الطفل. وبالنظر إلى مرحلة الطفولة بأنها مرحلة مميزة وفريدة وهي مرحلة يتطور فيها الأطفال وفقاً لطبيعتهم، وبالإضافة إلى اعتقاد روسو بالتربية والتعليم المبكر فإنه أيضاً يعتقد بأن المدارس يجب أن تبنى وفقاً لاهتمامات الأطفال. وينظر المؤرخون التربويون إلى أن روسو يقع في الخط الذي يقسم أو يفصل الفترات التاريخية أو القديمة والمرحلة المعاصرة في التربية والتعليم. وقد أثر روسو في أفكار مصلحين ومفكرين مثل بيستا لوزي Pestalozzi وفروبل Froebel ومونتسوري Montessori وكذلك أولئك الذين ساهموا في الممارسات التربوية في الطفولة المبكرة المعاصرة (Gargiulo and Kilgo, 2000; Meisels and shonkoff, 2000).

رائدون في تربية وتعليم الطفولة المبكرة

Pioneers in Early Childhood Education

جوهان هنريش بستالوزي (Johan Heinrich Pestalozzi 1746-1827)

بيستالوزي هو مرب ومعلم سويسري وقد اهتم بتأسيس تربية وتعليم الطفولة المبكرة كمجال مستقل ومميز. وكما اعتقد روسو فإن بيستالوزي يؤمن بأهمية التعليم من خلال الطبيعة وضرورة اتباع التسلسل الطبيعي النمائي للطفل. كما يعتقد أيضاً بضرورة أن تكون الخبرات المدرسية مركزة على اهتمامات الطالب. وقد أدرك بيستالوزي بأن التعليم لا يظهر ببساطة من خلال السلوكيات الاكتشافية والفطرية وإنما هناك حاجة بارزة إلى توجيه الكبار وإرشاداتهم، ولذلك فإن المعلم وفقاً لمنهجية بيستالوزي بحاجة إلى أن يبني دروساً تسعى إلى موازنة خبرات الطلبة الموجهة ذاتياً. ومن هنا فإن بيستالوزي يؤمن بأهمية الخبرات الحسية والأنشطة التعليمية التعاونية مثل القياس والمشاعر ولمس أشياء مادية. وهناك ثلاثة أفكار رئيسية تتضح فيها مساهمات بيستالوزي في تربية وتعليم الطفولة المبكرة وهي:

1. أكد أهمية تعليم الطفل ككل.
2. ضرورة إشراك الوالدين في تعليم الطفولة المبكرة.
3. أكد على أهمية التعليم التبادلي الذي يشارك فيه الطلبة الكبار في تعليم الطلبة الصغار

كما يؤكد على أهمية مشاركة الوالدين واعتبرها من العناصر المهمة في تعليم الأطفال.

جان اموس كومينينس (Jan Amos Comenins) (1592 - 1670)

هو رجل دين ومنظر تربوي افترض ضرورة تعليم كل الأطفال في السنوات المبكرة من اعمارهم، كما اقترح أن الأطفال يجب أن يتعلموا المحادثة من خلال الكلام والكتابة من خلال ممارستها والمنطق من خلال ممارسته. ويرى كومينينس بان الأطفال سهل تشكيلهم، وان تعليمهم يجب أن يبدأ في الست سنوات الأولى من أعمارهم. كما أن كومينينس كان يؤمن بضرورة تعليم كل الأطفال بمن فيهم الأطفال المعاقون.

إن العديد من الممارسات التعويضية وكذلك أفكار علماء مثل مينتسوري Montessori وبياجيه Piaget كانت موجودة لدى كومينيس فيما يتعلق بتعليم الأطفال ونموهم. فعلى سبيل المثال، كان كومينيس يعتقد بأهمية استعداد الطفل لممارسة النشاط، كما كان يعتقد أيضاً بأن الطلاب يتعلمون أفضل من خلال إشراكهم في عملية التعليم. كما أكد أيضاً أهمية دور الخبرات الحسية والاستفادة من الأمثلة الملموسة (Gargiulo and Kilgo, 2000, Brewer, 2004).

جون لوك John Locke (1632 -1704)

وهو من الفلاسفة الانجليز في القرن السابع عشر وكانت له أفكار خاصة حول الأطفال الصغار، وكان يعتقد بان الأطفال الصغار سهل تشكيلهم، كما يرى بأن تعلم الأطفال هو نتيجة مباشرة لأنشطتهم، وخبراتهم الحسية، ويعتبر لوك من مؤيدي المدرسة البيئية في تعليم الأطفال، فالشخص كما يرى لوك هو محصلة لخبرات بأنواعها المختلفة التي يتعرض لها في هذا الكون أو البيئة المحيطة به. وما يعتقد به لوك من أهمية البيئة نجده معكوساً في نظرية سكنر Skinner السلوكية وغيرها من النظريات والبرامج التربوية التعويضية. فعلى سبيل المثال، برنامج هيد ستارت Head Start وغيره من البرامج المعاصرة تؤكد على أهمية الخبرات الحسية وهي الخبرات الجسمية أيضاً أعطيت أهمية خاصة لدى لوك Locke من قبل. كما أثرت أفكار لوك في تفكير مينستوري Montessoris حول أهمية الخبرات والتدريب على الخبرات الحسية في التربية المبكرة.

روبرت اون (Robert Owen 1771-1858)

يعتبر روبرت من المصلحين الاجتماعيين، واهتم بتأسيس مدارس الأطفال الصغار عام 1816، وقد تأثر بنظريات وأفكار روسو وبيستالوزي وقد ركز أون على أهمية ظروف العمل والمعيشة للأطفال وآبائهم. وقد عرفت أفكار أون عمل الأطفال الصغار وحددت ساعات عمل الأطفال الكبار. ولعل من أهم أعماله مساهماته تأسيس مدرسة للأطفال من سن الثالثة إلى سن العاشرة. ويؤمن أون Owen بأن تربية وتعليم الطفولة المبكرة مهمة في تطوير ونمو خصائص الأطفال وسلوكياتهم، واعتقد بأن السنوات الأولى المبكرة هي أفضل السنوات التي تؤثر في نمو الأطفال الصغار.

ومن خلال ضبط البيئة فإن أون يؤمن بضرورة بناء مجتمع أفضل وقد نظر إلى التربية والتعليم بمثابة أداة لإحداث التغير الإجتماعي.

وقد عرفت مدرسة الأطفال الصغار Infant School بتأكيدها على نمو المظاهر الأكاديمية الأساسية بالإضافة إلى الخبرات الإبداعية مثل الرقص والموسيقى. ولا يعتقد أون بإجبار الأطفال على التعلم ورفض العقاب وأكد على الاحترام المتبادل بين المعلم والمتعلم. وسرعان ما انتشرت أفكاره هذه وأسست أكثر من خمسين مدرسة للأطفال الصغار مع نهاية عام 1820 في اسكوتلندا وأيرلندا وانجلترا. كما أسست أيضاً مدارس أخرى في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1830.

وقد نظر إلى مدارس الأطفال الصغار كنواة لرياض الأطفال. كما اعتقد أون بأن الاحترام المتبادل في العلاقات بين التربية والتعليم والبيئات المجتمعية. كما يعتقد أون كغيره من الإصلاحيين الاجتماعيين بأن الفقر يمنع تربية وتعليم الأطفال الصغار من العائلات الفقيرة (Gargulo and Kilgo, 2000).

فريدريك فروبل (Friedrich Frobel)

يعتبر فريدريك فروبل (1782-1852) مؤسس رياض الأطفال وقد بدأ مدارسه للأطفال الصغار في ألمانيا عام 1837. وقد آمن فروبل بأن كل شيء في الكون يعمل في علاقة مع الله. وأن كل فرد له أهداف محددة في حياته ويعتقد بأن التربية يجب أن تؤدي بالإنسان إلى معرفة الذات ومكوناتها وذلك بهدف تحقيق السلام والتكيف مع الطبيعة والإيمان بالله.

وكان محور تفكير فروبل واهتمامه هو الفرد واحترام خصوصية الفرد. ويعتقد فروبل أن اللعب هو الأداة التعليمية للأطفال واعتبر رياض الأطفال الجسر الذي يربط بين البيت والمدرسة، ورأى كذلك أن اللعب المناسب يساعد الطفل على التفكير حول التفاعل بين الحياة والنشاط الذاتي، والتفكر والنشاط، والأداء والمعرفة، والقدرة والفهم. واعتقد فروبل أن الأشياء الموجودة في الطبيعة مثل الأسطوانة والمكعب والمربع والمثلث والخطوط تساعد الأطفال على اكتشاف خصائص المادة وفهم علاقاتها بالكون. صمم أيضاً سلسلة من الأنشطة التي تتضمن طي الورق والرسم

والنسخ. ميز بين ما يسمى (النسخ بلا تفكير) وبين (التقليد الواعي) واعتقد بأن قيام الأطفال بأداء الأنشطة يساعدهم على صياغة أفكارهم الخاصة ولا ينسخون أفعال الآخرين دون التفكير فيها.

ويتعلم الأطفال وفقاً لفروبل من خلال الأغاني المصاحبة للأنشطة ولذلك فهو يشجع (أغاني الأمهات) التي يرددنها ويرددها الأطفال أثناء أدائهم للأنشطة بأيديهم أو أجسامهم. ويعتقد فروبل أنه يجب تعليم كل الأطفال الصغار بهذه الطريقة لأنها تعزز اهتمامهم وتلفت انتباههم وتشجع حب الاستطلاع لديهم.

وعلى الرغم من دراسات فروبل حول رياض الأطفال نجد أن معلمي رياض الأطفال اليوم يستخدمون الأغاني وأدوات اللعب المصممة لتشجيع تعلم الطفل وكذلك في التعرف عليه وعلى فرديته فكل هذه الأفكار يرجع الفضل فيها لفروبل ومبادئه المطبقة في رياض الأطفال (برور، 2005).

ماريا منتسوري (1870-1952) Maria Montessori

تعتبر مساهمات منتسوري في تربية وتعليم الطفولة المبكرة واضحة وهي أول سيدة إيطالية تحصل على درجة طبية في إيطاليا وهي أيضاً تحمل درجة الدكتوراه في الانثروبولوجيا. وقد بدأ عملها كطبيبة في عيادة نفسية في جامعة روما University of Roma وخلال عملها تعاملت مع الأطفال ذوي الإعاقات العقلية ومن خلال عملها هذا أدركت بأن التدخلات التربوية المبكرة مع هذه الفئة من الأطفال كانت فعالة أكثر من التدخلات الطبية وبدأت منتسوري بتطوير نظرياتها للتعامل مع الأطفال وقد تأثرت بكتابات كل من بستالوزي وروسو وفروبل وسيجن Seguin وهو طبيب فرنسي اشتهر بفعالية منهجية التعليم مع الأطفال ذوي الإعاقات العقلية. وقد طورت منتسوري نموذج التعليم الحسي المستند إلى النشاط Activity – based sensory education model وقد توصلت أيضاً إلى أن الذكاء Intellengence ليس حالة ثابتة ولكنه متأثر بالخبرات التي يتعرض لها الطفل.

وتعتقد منتسوري بأن الأطفال يتعلمون أفضل من خلال الخبرات الحسية المباشرة، وأن الأطفال لديهم نزعة طبيعية إلى فهم العالم من حولهم. كما وترى بأن نمو

الأطفال وتطورهم يتأثر بالخبرات البيئية وقد نظرت إلى التعليم في الطفولة المبكرة كعنصر أساسي يجب أن يستمر حتى نهاية نمو الطفل. وتؤمن منتسوري بأن الأطفال ينمون من خلال فترات حرجة من النمو المبكر ومن خلال سلوك حب الاستطلاع لديهم فإنهم يتعلمون ويتنقلون بسهولة إلى تعلم مهارات محددة وهذا المفهوم مشابه إلى فكرة استعداد الطفل Readiness للنشاط.

ولتقوية تعلم الطفل فإن منتسوري اهتمت بالبيئة المعدة Prepared environment والمجهزة بالأدوات والمزودة بمهمات ومصممة خصيصاً لهذا الغرض.

ويشتمل برنامج منتسوري التعليمي على ثلاث فترات هي كالآتي:

1. خبرات الحياة الواقعية Practical life experience.
2. التعليم الحسي Sensory Education.
3. التعليم الأكاديمي Academic education.

وكل من هذه العناصر يعتبر عنصراً مهما في تطور الاستقلالية لدى الطفل والإحساس بالمسؤولية والإنتاجية لديه.

وتركز خبرات الحياة العاطفية على الصحة الشخصية والرعاية الذاتية والمسؤولية تجاه البيئة. أما التعليم الحسي فهو عنصر مهم في برنامج منتسوري فقد صممت العديد من الوسائل التعليمية الهادفة في تطوير حواس الطلبة المختلفة. وهذه الوسائل التدريبية مهمة لسببين هما:

1. أنه يمكن تصحيحها ذاتياً، أي أنه توجد طريقة واحدة فقط صحيحة لاستخدامها ولذلك فإنه يمكن استخدامها بشكل مستقل من قبل الأطفال وتساعدهم على أن يصبحوا طلبة موجهين ذاتياً. والأدوات التدريبية الحسية أيضاً متدرجة من حيث صعوبتها فهي تبدأ بالسهل وتنتهي بالصعب ومن المادي إلى المجرد. والأدوات التدريبية الحسية تعكس معتقدات منتسوري من حيث أن القدرة المعرفية ناتجة عن النمو الحسي.
2. أما التعليم الأكاديمي فهو يقدم الطفل للقراءة والكتابة والحساب في المرحلة الحرجة من عمر الثانية وحتى السادسة. ويتحقق هذا الهدف من خلال العديد من الأدوات

التدريبية الحسية والمادية المستخدمة في الدرس Gargiulo and Kilgo, 2000 وهناك عناصر خاصة في فلسفة منتسوري وهي:

أ. العقل الماص **Absorb Mind**، حيث تقول منتسوري بأن الأطفال يمتصون كل ما هو حولهم فطري ومن ثم تصبح العملية إرادية ويتزايد نمو الطفل وإدراكه ليصبح أكثر وعياً لتنظيم الخبرات والقيام بالعمليات. كما تهدف فلسفة منتسوري إلى بناء أهداف الطفل بذاته.

ب. إعداد البيئة أو تنظيمها **Prepared Environment**: وهنا يقع على عاتق المعلم إعداد البيئة وتنظيمها، وفي مرحلة ما قبل المدرسة فإن على المعلم:

- اختيار أدوات ملفتة لانتباه الطفل.
- اختيار طاولات ومقاعد دراسية مناسبة لحجم الطفل.
- الاهتمام بالبيئة المنظمة.
- أن تكون البيئة مثيرة لانتباه واهتمام الطفل حتى ينمو لديه الإحساس بالجمال.

ج. التربية الذاتية **Auto Education**: وتشتمل على تنظيم المعلومات لمساعدة الأطفال على تنظيم خبراتهم من خلال أنشطة محددة. وتقدم المعلومات من خلال الأدوات وتوجيه الطفل إلى اختيار المناسب من بينها. ويقع على عاتق المعلم توضيح كيفية استخدام الأدوات. ومعظم أدوات منتسوري تصحح ذاتياً فالطفل على سبيل المثال، في بناء برج المكعبات فإن المكعب الأكبر يكون في القاعدة والأصغر يكون في القمة. ويضع المعلم في البداية كيفية بناء البرج من المكعبات ومن ثم يعطي الطفل الفرصة في بنائه.

د. الحرية **Freedom**: وهي الحرية في الاختيار من بين الأنشطة، ويساعد المعلم هنا في عرض أدوات وسائل جديدة تتحدى قدرات الطفل وتشجع نماءها ويجب أن يحدد الطفل المواد التي يريد استخدامها وترتبط حرية الاختيار بالتربية الذاتية ومن هنا فإن على الطفل تعليم ذاته.

- الفترات الحرجة Sense tive periods: وهي الفترات التي يكون فيها الطفل قادراً على تعلم أشياء محددة، فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل مهتماً بالتفصيل فإن المعلم يمكن أن يساعده من خلال توفير مواد لها أجزاء صغيرة كثيرة تركب جميعها مع بعض. (الزريقات ونصر 2005).

ويهدف برنامج منتسوري إلى تنمية قدرات الفرد النمائية من مثل:

1. التركيز.
2. الملاحظة
3. الوعي بالتسلسل والتنظيم.
4. المفاهيم الرياضية.
5. المهارات اللغوية.
6. مهارات الكتابة والقراءة.
7. الفن والفنون الإبداعية.
8. فهم الطبيعة.
9. فهم العلوم الاجتماعية.
10. الخبرات بمهارات التفكير الناقد باستخدام أساليب حل المشكلات. (Brewer, 2004).

وفي النهاية فإنه يمكن تلخيص مساهمة منتسوري بـ:

1. حرية الأطفال في اختيار الأدوات والأنشطة.
2. استخدام منهج الحياة الواقعية في المنهاج.
3. تدريب الحواس.
4. تعديل المنهاج لإشباع الحاجات الفردية الخاصة بكل طفل أو طالب (Gargiulo and Kilgo, 2000).

ن بياجيه (Jean Piaget 1896-1980)

يعتبر جان بياجيه من أكثر العلماء الذين ساهموا في زيادة فهمنا لتفكير لفال. كما ينظر إليه على أنه من الخبراء والعلماء الأوائل الذين اهتموا بدراسة و المعرفي لدى الأطفال والمراهقين. ولد بياجيه في سويسرا وهو متحقق من العلوم اتية وقد ساعده مجاله هذا في تطوير نظرياته عن النمو المعرفي. لقد درس بياجيه في س وهناك أتيحت له فرصة العمل مع سيمون Theodore Simon الذي عمل مع Alfred Binet الذي قام ببناء أول مقياس لقياس ذكاء الأطفال. وخلال تقنين جابات الأطفال لفحص الأسئلة فقد اهتم بياجيه بشدة بالإجابات الخاطئة التي ها الأطفال الصغار. وملاحظاته هذه ساعدته على اكتشاف أن الأطفال يعطون ات خاطئة متشابهة واكتشف أيضاً بأن الأطفال يقومون بأنواع مختلفة من الأخطاء عمار مختلفة. وهذا دفع بياجيه إلى بحث عملية التفكير التي تؤدي إلى هذه تجابات الخاطئة.

ووفقاً لوجهة نظر بياجيه فإن نموذج تفكير الأطفال يختلف بشكل جوهري عن ج تفكير الكبار. كما يعتقد أيضاً بأن عملية التفكير لدى الأطفال تعدل وتتغير لنمو والنضج. وبمساعدة زوجته فقد بدأ بتطوير نظرياته التي استندت إلى ظات أطفاله الثلاث. وينظر بياجيه إلى أن الذكاء معقد. لقد اهتم في دراسته ة اكتساب المعرفة وقد تجنب وضع تعريف محدد للذكاء. وبدلاً من ذلك فقد ل وضع المفاهيم العامة وقال بأن الذكاء حالة من التكيف البيولوجي Biological Adapta، كما ينظر إليه أيضاً. بأنه توازن بين الأبنية المعرفة للفرد والبيئة وركز ما يقوم به الفرد وان معرفة الحقيقة يجب أن تكتشف وتبنى، وهذا ينتج من أفعال ل وردود فعله تجاه بيئته والعالم من حوله. ولم يهتم بياجيه بدراسة الفروق في ء بين الأفراد.

وقد اهتمت نظرية بياجيه بتأثيرات النضج maturation والبيئة environment ج يؤسس التسلسل في المراحل المعرفية المضبوطة من خلال الوراثة Heredity بيئة فهي تساهم في خبرات الطفل التي تساعده على النمو، والتفكير Thinking ملية تفاعلية بين الفرد والبيئة.

ومن نتائج التفاعل مع البيئة أن الشخص سرعان ما يطور أبنية تنظيمية أو مخططات معرفية Schema وقد طور بياجيه ثلاثة مفاهيم يعتقد بأن الأفراد يستخدمونها في تنظيم خبراتهم الشخصية في مخططات التفكير. وهذه العمليات التكيفية هي التمثل Assimilation والتلاؤم Accommodation والإتزان equilibration.

1. التمثل Assimilation

ويظهر عندما يكون الطفل قادراً على دمج خبرات ومعلومات جديدة في المخططات الموجودة. أي بكلمات أخرى، ماذا يعرف الطفل حقاً؟ فالأطفال سوف يدركون المواقف الجديدة من خلال الخبرات السابقة في عالمهم. فالطفل على سبيل المثال عندما يرى حصاناً صغيراً فإنه سوف يقول (كلب) وهو شيء مألوف بالنسبة إليه.

2. التلاؤم Accommodation

وهي المرحلة الثانية لدى بياجيه وهي تتضمن تعديل الأبنية المعرفية الموجودة وبالتالي فإن المعلومات الجديدة يمكن أن تستخدم بفاعلية فأنماط التفكير والسلوك الحاضرة تغير وتعدل لتناسب المواقف الجديدة. ويشتمل التلاؤم على تغير في الفهم.

فعلى سبيل المثال: فكتوريا عمرها سنتان، قامت بزيارة إلى مكان خاص في مول Mall وعندما كانت تتسوق مع أمها فقد رأت رجلاً أنيقاً له لحية طويلة بيضاء يدعى Santa Claus قالت أم فكتوريا أنه رجل متقدم في العمر. بعدها شاهدت فكتوريا رجلاً ذا لحية بيضاء فنظرت إليه وقالت هل أنت Santa Claus أم رجل متقدم في العمر. وإن فكتوريا هنا قدمت مثالاً لعملية التلاؤم فهي غيرت أساس معرفتها.

وتستخدم عمليتا التمثل والتلاؤم في المرحلة الأخيرة من الإتزان المعرفي. وهنا تجرى محاولة لتحقيق الإتزان بين التمثل والتلاؤم. ويعتقد بياجيه بان كل الأنشطة تشتمل كلتي العمليتين. فالتفاعل بين التمثل والتلاؤم يؤدي إلى التكيف Adaptation وهي مرحلة تكيف للمواقف الجديدة.

3. الإتزان المعرفي Equilibration

وهو الميل إلى تحقيق التوازن أو الإتزان المعرفي وهو مسؤول عن تشكيل المعرفة. ووفقاً لبياجيه فان النمو الذكائي يكون نتيجة للتفاعل بين هذه العمليات الثلاث. لقد وصف بياجيه أربع مراحل للنمو المعرفي وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول (1-1) مراحل بياجيه للنمو المعرفي

العمر التقريبي	المرحلة	الخصائص المميزة
من 1.5 إلى 2	الحس حركية Sensorimotor	تبنى المعرفة من خلال الإدراك الحسي والنشاط الحركي والتغيير المحدد بمخططات حركية
من 2 إلى 7 سنوات	ما قبل العمليات Preoperational	ظهور اللغة والتفكير الفردي والمخططات المعرفية تكون بدهية أو حدسية أكثر منها منطقية ويكون أيضاً تمركز حول الذات والنشاط
من 7 إلى 11 سنة	العمليات المادية Concrete operations	بداية التفكير المنطقي والمنظم ويكون محدداً بالأشياء المادية كما يقل التمركز حول الذات.
من 12 إلى 15 سنة	العمليات المجردة Formal operations	يوجد تفكير منطقي ومجرد كما توجد المقدرة على حل المشكلات الافتراضية هذا إضافة الى وجود إمكانية للتفكير الاستنتاجي والمجادلة العقلية العلمية.

كما وصف بياجيه أنواعاً مختلفة من المعرفة، ويقول هنا إن الأطفال يعرفون الأشياء بثلاث مراحل:

1. المعرفة الفيزيائية Physical Knowledge

ويحصل عليها من خلال اكتشاف العالم المادي المحيط والخبرات الحسية فالساخن عكس البارد والمستقيم عكس الدائري وهكذا. وهذه المفاهيم تكتشف من خلال

التفاعل مع الأشياء. كما وأن التمييز Discrimination هو عملية معرفية أولية تستخدم في نمو المعرفة المادية.

2. المعرفة المنطقية الرياضية Logico – Mathematical Knowledge

وتأتي من خلال أداء أنشطة معرفية متنوعة وهي طريقة يستخدمها الأطفال لتنظيم وفهم المعلومات وهذا النوع من المعرفة ليس مرادفاً للرياضيات المجردة ولكنه يعود إلى قدرة الفرد على رؤية العلاقات الحيزية المكانية وتصنيف الأشياء، فكل شخص يجب أن يشكل أسس معرفته الخاصة ولا يمكن تعلمها من شخص إلى آخر.

3. المعرفة الاجتماعية Social Knowledge

وهي التصنيف الأخير، وهي تأتي من مصادر متنوعة بما في ذلك العلاقات والتفاعلات الاجتماعية والمعرفة بالأشياء واستعمال قواعد اللعب. كما تشتمل على العادات الاجتماعية المناسبة ثقافياً والمفاهيم البيئية والقواعد الأخلاقية وهي مكتسبة من خلال خبرات الحياة.

وتتضح مساهمة بياجيه في تربية وتعليم الطفولة المبكرة في أنه:

1. يلعب الأطفال دوراً مهما ونشطاً في نموهم المعرفي.
2. النشاط العقلي والفيزيائي والمادي مهم للنمو المعرفي للأطفال.
3. تشكل الخبرات أدوات يستخدمها الأطفال في تطوير أبنيتهم العقلية أو المعرفية.
4. يتطور الأطفال معرفياً من خلال التفاعل في البيئة والتكيف معها.
5. النمو هو عملية مستمرة.
6. النمو ينتج من النضج وتفاعل بين الأطفال وبيئاتهم الاجتماعية والمادية. (Garginlo and Kilgo, 2000)

ليف سيمنوميش فيجوتسكي (1896-1934) Lev Semenovich Vygotsky

فيجوتسكي هو أحد العلماء الروس الذين ساهموا بفهم كيف يتعلم الأطفال وينمون وهو من أسرة تنتمي إلى الطبقة الوسطى وله سبعة أخوة. وقد كان ذكاؤه ملفتاً للانتباه وسرعان ما اكتشف من قبل أفراد أسرته وأصدقائه. وكان ينادى دائماً

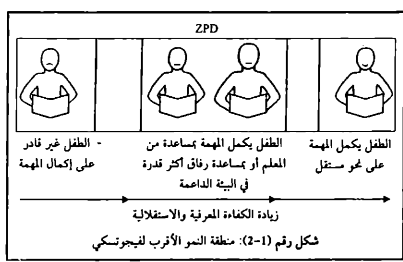
بالأستاذ الصغير Little Professor بسبب قدرته على مناقشة الأدب والتاريخ والفلسفة والفن. وكان فيجوتسكي يتقن ثماني لغات ودرس في جامعة موسكو Moscow university عام 1914 وتخرج منها بتخصص القانون وبعد تخرجه عام 1917 درس في عدد من المؤسسات الوطنية الروسية، وقد ساعدته الثورة الروسية بإعطائه الفرصة للتدريس في معهد جومل للمعلمين Gomel's Teacher's College وقد أصبح مهتماً بعلم النفس والتربية وقد ساعده هذا بتوليد أفكار إبداعية وجديدة حول نمو الطفل. ولاحقاً أصبح فيجوتسكي من أبرز علماء النفس الروس وقد ساعدت أفكاره على تشكيل تفكير جديد ومعاصر عن لغة الأطفال ولعبهم وتطورهم الاجتماعي والمعرفي.

وفي كتابه العقل في المجتمع Mind In Society يبرهن فيجوتسكي بأن الأفراد وخصوصاً الأطفال هم المنتجون الحقيقيون للبيئة الاجتماعية والثقافية. ومن هنا فإن نمو الأطفال كما يرى يتأثر بشكل ملحوظ ببيئاتهم الاجتماعية والثقافية ويتفاعل الأفراد مثل الوالدين والمعلمين والرفاق. ويعطي فيجوتسكي اهتماماً خاصاً بالخبرات الاجتماعية Social Experiences ويقول أن ما يتعلمه الأطفال في السياق الاجتماعي يدخل في التنظيم النفسي الداخلي للفرد. ويؤمن فيجوتسكي بالربط بين العالم الاجتماعي والنفسي للصغار ويظهر التعلم والنمو من خلال الانشغال والتفاعل الاجتماعي ومن هذا الاتجاه فإن فيجوتسكي يقول:

(تظهر عمليات النمو فقط عندما يتفاعل الطفل مع الأفراد في بيئته وبالتعاون مع رفاقه وعندما تضاف هذه إلى الطفل فإنها تصبح جزءاً من التحصيل النمائي المستقل له).

ويعتقد فيجوتسكي بان التفاعل الاجتماعي ليس فقط ضرورياً لتطوير النمو الذكائي أو القدرات العقلية وإنما أيضاً هو هام لتطوير الكفاءة الاجتماعية Social Competence كما يؤكد على أهمية العلاقات الاجتماعية المتبادلة. ولعل من أكثر المفاهيم الخاصة بنظرية فيجوتسكي هي منطقة النمو الأقرب Zone of Proximal Development (ZPD) وهي تعرف ببساطة بأنها منطقة افتراضية عرفها فيجوتسكي بـ:

(المسافة بين المستوى النمائي الحقيقي المحدد بحل المشكلة المستقل ومستوى نمو الإمكانات والقدرات المحددة بحل المشكلة في ظل توجيه الكبار أو التعاون مع رفاق أكثر قدرة).



شكل رقم (1-2): منطقة النمو الأقرب لفيجوتسكي

وتوجد منطقة النمو الأقرب بين ماذا يستطيع الصغير تحقيقه حالياً وباستقلالية وبين ما يقدر على القيام به في البيئة الداعمة Supportive Environment. ويأتي الدعم من خلال أشخاص أكثر خبرة وأكثر نضجاً مثل الكبار والرفاق ذوي الكفاءة، كما قد يشتق الدعم أيضاً من الأدوات والوسائل. وهكذا، فإن منطقة النمو الأقرب هي منطقة منتجة فعلياً من التفاعل الاجتماعي، كما أنها منطقة يحدث فيها التعلم والنمو المعرفي.

أما التصقيل من صقل ودعم أو الدعم Scaffolding فهي فكرة متصلة بمفهوم فيجوتسكي حول منطقة النمو الأقرب، وهي تعود إلى المساعدة المقدمة للطفل من قبل الكبار والرفاق وتسمح للفرد بالقيام بوظائفه باستقلالية وتبني مفاهيم جديدة. ويقدم التفاعل الاجتماعي والتعاون مع الآخرين الفرصة للحصول على هذا الدعم.

ومن أهداف الدعم المقدم للطفل الحفاظ على قيام الأطفال بأداء المهمات الواقعة ضمن منطقة النمو الأقرب لهم. ويحقق هذا الهدف من خلال المقدار الأدنى

من المساعدة اللازمة وخفض هذه المساعدة مع امتلاك الطفل الكفاءة والنمو، وفي هذا السياق فإن دور المعلم هو دور دائم وموجه ومسهل للنمو والتعلم.

وكما رأينا حتى الآن فان منهج فيجوتسكي الاجتماعي الثقافي هو منهج مساعد على فهم وتعلم الأطفال ونموهم. وبالنسبة لفيجوتسكي فإن التعلم Learning لا يعني بحد ذاته النمو وإنما خبرات التعلم تلعب دوراً أساسياً في تشجيع عمليات النمو، كما لا يمكن فصلها عن التعلم. ووفقاً لنظرة فيجوتسكي فإن النمو والتعلم لا يمكن فصلهما ولكن وظائفهما التفاعلية. وينظر إلى التغير النمائي على أنه انشغال نشط من الطفل في البيئة الاجتماعية ومع أقرانه الناضجين وبالتالي يحدث النمو في منطقة النمو الأقرب. ومن التطبيقات التربوية لهذه النظرية أنه ينظر إليها على أنها ممارسة موجهة أو أداء مساعد Assisted Performance.

وقد تكلم فيجوتسكي عن مشكلات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ومبادؤه تطبق على نمو وتعلم الأطفال العاديين وكذلك الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. وهو يعتقد بضرورة الدمج الكامل للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في بيئاتهم الاجتماعية وبذلك فإن التعلم يحدث في منطقة النمو الأقرب لهم. والأطفال ذوو مشكلات التعلم وفقاً لفيجوتسكي يمكن أن يعلموا بنفس الطريقة التي يعلم بها رفاقهم من غير ذوي الحاجات الخاصة ومن الصعوبات الرئيسية التي تواجه الأطفال ذوي الحاجات الخاصة كيف تعدل وتغير الإعاقة تفاعلهم ومشاركاتهم في البيئات الاجتماعية وليس الإعاقة بحد ذاتها، وتؤدي الإعاقة إلى محدودية التفاعل مع الكبار والرفاق وهذا يؤدي إلى إنتاج عيوب اجتماعية Social Deficit، وفي هذا الاتجاه يرى فيجوتسكي في أن هذه العيوب الاجتماعية يمكن ان تعالج من خلال التدخلات ويمكن أن تستمد العديد من الممارسات في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة من تفكير فيجوتسكي، فأفكاره ومفاهيمه تقترح بأن الصغار من ذوي الحاجات الخاصة يجب أن يدمجوا ما أمكن في البيئات المصممة للمتعلمين العاديين، ويرى فيجوتسكي بان الأوضاع التربوية الخاصة المنعزلة تؤدي إلى مواقف اجتماعية مختلفة وهذا يؤدي لاحقاً إلى تقييد تفاعل الطلاب، وتحديد فرص التعاون وأخيراً تحديد نموهم المعرفي. وإضافة إلى ذلك فإن المعلمين يجب أن يركزوا على مظاهر القوة للطالب أكثر من جوانب الضعف لديه فما يستطيع أن

يفعله الطالب بمساعدة أو بدون مساعدة هو أكثر أهمية من الذي لا يستطيع القيام به. وفي النهاية فإن بيئة تعلم الطالب يجب أن تكون غنية بفرص الدعم (التصقيل) وهذا يساعد في نمو العمليات المعرفية العليا.

إن مساهمات فيجوتسكي في تعلم الأطفال وتطورهم ليست فقط مقصورة على الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، فالعديد من الاستراتيجيات التعليمية هي مستمدة من نظرياته، فالمعلمون الذين يستخدمون التعلم التعاوني وتعلم الرفاق والممارسة الموجهة والتدريس التبادلي وتدريس المجموعات التعاوني ومنهج اللغة الكلي فهي كلها في الحقيقة مستمدة ومستندة إلى مبادئ ونظريات فيجوتسكي. (Gargiulo and Kilgo, 2000)

باتي سميث هيل (1946-1863) Patty Smith Hill

دُربت باتي سميث هيل كتلميذة لفروبل، وأهم مساهماتها في تربية الطفولة المبكرة هي الدراسة العلمية وتركيزها على الدراسات الإبداعية في مجالات الموسيقى والرسم، والتزامها بأهداف المنهج الفردي. وقد عارضت منهج فروبل الصعب من وجهة نظرها، وتعتقد هيل في قيمة اللعب. وقد استمر الآخرون في تنمية أفكارها حول معنى اللعب في حياة الأطفال. وقد صممت مكعبات مفرغة كبيرة الحجم يستطيع الأطفال استخدامها في بناء تصميمات كبيرة ليلعبوا داخلها وقد أوجدت كذلك مواد أخرى للعب تشجع الأطفال على بناء وإعداد موضوعات متعددة.

وهيل تؤمن بضرورة التعبير الحر من خلال الرسم والموسيقى واللعب، وقد أوجدت واحدة من أكثر الأغاني شيوعاً بين الأطفال والتي تغنى بالإنجليزية (Happy Birthday to You) وقد بيع حق استثمار هذه الأغنية بحوالي 12 مليون دولار عام 1988.

كما عارضت هيل دروس الرسم التقليدية، واعتقدت أن الأطفال يجب أن يعبّروا عن ذواتهم من خلال أعمالهم الفنية، وأشارت إلى أن نتيجة هذه الدروس التقليدية لدى جميع الأطفال في النهاية ليست جيدة أو مناسبة، واعتقدت أن المنهج يجب أن يعكس طبيعة الأطفال والمعلمين، ويوصف المنهاج الذي يهتم بملاحظة

الأطفال واحتياجاتهم والتفاعل بين الطفل والمعلم في مجال تربية الطفولة المبكرة اليوم بأنه الأفضل والمناسب والأوضح.

ومن مساهمات (هيل) في تربية الطفولة المبكرة تأكيدها وتركيزها على أهمية البيئة التي يعيش فيها الطفل وما يتلقاه فيها. ففي عام 1926 كتبت مقالاً وصفت فيه وظيفة معلمة رياض الأطفال ودروها في تلبية احتياجات الأطفال وطبيعتهم بالكشف عن احتياجاتهم النمائية واشباعها وذلك حتى بلوغ السادسة من أعمارهم، وكذلك كتبت مقالاً بعنوان المنزل والمدرس كمحاور في حياة الطفل (هيل 1928) حيث عرّفت الفرق بين التعليم في المنزل والتعليم في المدرسة وأكدت على المعلمين أن يهتموا بالتعليم المنزلي وأن يستخدموا المعلومات الخاصة لهذه الفترة أثناء تدريسهم.

وانشأت هيل الجمعية القومية لتربية طفل ما قبل المدرسة (NANE) عام 1926 وهذه المنظمة هي الآن الجمعية الوطنية لتعليم الأطفال الصغار (NAEYC).

جون ديوي 1859-1952 John Dewey

يرتبط اسم جون ديوي بالحركة التقدمية في التربية. وهو أكثر الفلاسفة التربويين تأثيراً في الولايات المتحدة الأمريكية في أوائل القرن العشرين. وما زال تأثيره حتى الآن في المدارس الأمريكية وقد أسس مدرسة نموذجية في جامعة شيكاغو في بداية القرن الماضي وقد حاول تطبيق نظرياته التربوية في هذه المدرسة.

وكان التركيز في تربية الأطفال في عصر (ديوي) على المعلم الذي يتحكم ويضبط الأنشطة داخل الصف التي سيشارك فيها كل طفل. ويرى ديوي أن موضوع المادة هو أساس في اختيار خبرات المنهج وضبط التعليم. فعلى سبيل المثال نجد أن الحقائق يتم تعلمها من محتوى ومحاضرة المعلم ومن المتوقع من الطالب أن يعيد المعلومات إما شفهياً أو كتابة، وقد اعتقد ديوي وغيره من رواد الحركة التقدمية بخبرات المنهج الموضوعة أساساً على اهتمامات الطفل دمج الطفل في الخبرات الحقيقية. ففي تعلم البيولوجيا مثلاً يجب على الطفل اكتشاف منطقة محددة من بيئة المدرسة، وجمع نماذج من النباتات ومعرفة حياة الحيوانات، تعلم تصنيف هذه الكائنات ومقارنة ما جمعوه مع ما جمعه الآخرون، وكيف تعمل هذه النماذج في نظام بيئي أكبر.. وهكذا.

وفي عملية اكتشاف المنطقة الخاصة بهم في البيئة المدرسية يمكنهم أن يقرؤوا ويكتبوا ويحلوا المسائل الحسابية وتعلّم العمل بنجاح مع الآخرين.

إن التربية في مرحلة ما قبل المدرسة استندت إلى أعمال ديوي في تنمية وتطوير منهاج للأطفال الصغار يندمجون فيه بدلاً من تقسيمه إلى موضوعات منفصلة. وهكذا يعتبر ديوي واحداً من الذين نادوا بالمنهج الذي يعكس اهتمامات الأطفال، وهذا المنهاج يجب أن يبنى على أساس من معرفة الأطفال واهتماماتهم. والمدرسون مسؤولون عن تحقيق أهداف المدرسة. لكن الموضوعات المحددة التي يجب دراستها لمواجهة ومقابلة هذه الأهداف لا يمكن تحديدها مقدماً.

يجب أيضاً تشجيع الأطفال ليتعلموا العمل في مجموعات وأن يتعلموا التعاون المشترك بين الأفراد في المجتمع.

لوسي سبراج ميتشل (1967-1878) Lucy Sprague Mitchel

تعتبر ميتشل مؤسسة مكتب التجارب التربوية في البيرو في 1916 وهي مؤسسة تهتم بدراسة الأطفال واللعب ومواد وأدوات المنهاج وقد تأثرت بأعمال ديوي، وعندما بدأت الحركة التقدمية كانت الظروف المدرسية تتضمن العقاب الشديد، ومنهاجاً ليس له علاقة بالطفل كفرد، واعتماد طرق التدريس على الذاكرة، وأن تكون موضوعات المواد هي الأساس في التعليم وهؤلاء الذين أسسوا الحركة التقدمية ركزوا على الاحتياجات الفردية للطفل وآمنوا أن الأطفال يتعلمون أفضل عندما يهتمون بالمواد وشعروا أن التعليم يكون أفضل من خلال التفاعل النشط مع الأدوات، واهتموا بنمو الطفل في مختلف مظاهره الجسمية والاجتماعية والمعرفية والانفعالية. وكانت فلسفة ميتشل التربوية تقوم على أن تربية الأطفال الصغار تستند إلى الأسس التالية:

1. استثارة إمكانيات الطفل واستغلالها.
2. تشجيع محادثة الطفل الفردية أشكال التعبير الذاتي الأخرى مثل (الرسم، الموسيقى، الحركة والإبداع القصصي... إلخ.

3. التقدم في التعليم من خلال اللعب ومن خلال تجارب مخطط لها وبرامج ذات معنى.
4. تفريد التعليم.

وعلى الرغم من أن ميتشل لم تبتكر أياً من هذه القواعد إلا أنها عملت كرائدة في تطويرها، على سبيل المثال، فقد قامت بافتتاح مدرسة تجريبية لاختيار هذه القواعد التدريسية التي آمنت بها. وقد نظمت كذلك معملاً لدراسة كيف ولماذا يسلك الأطفال على هذا النحو، وكذلك كلية للمعلمين لتدريبهم على ممارسة هذه القواعد. كذلك قامت بتنظيم ورشة عمل لكتاب أدب الأطفال ولم يكن لهذا المجال أهمية في ذلك الوقت، وأيضاً نشرت بعض المقالات لتوعية الأفراد بما توصلت إليه. وقد اعتقدت ميتشل أن تربية الأطفال الصغار هي عنصر مهم في المجتمع الديمقراطي، وقد أعطت أهمية كبيرة لمساعدة الأطفال على تعلم التعاون ومهارات الجماعة.

وقد كانت ميتشل رائدة في مجال البحوث التربوية. وعندما بدأ عملها، كان علم النفس مجالاً جديداً للدراسة وكان علماء النفس يحاولون دراسة السلوك الإنساني. وقد كانت أهداف ميتشل هي جذب انتباه الباحثين من جميع المجالات لدراسة الطفل العادي في مناخ يتيح لهم توفير منهج مبني على خبرات ومعلومات. وقد أرادت دعم التجارب التربوية وتوفير معلومات عن هذه التجارب تكون متوفرة للعامة من الناس. وكانت ميتشل من الرائدات المؤثرات في مجال تربية الطفولة المبكرة بسبب إسهاماتها في تطوير المنهاج ولانجازاتها في مجال الدراسات العلمية التربوية.

تأثيرات اخرى على تربية الطفولة المبكرة

Other Influences on Early Childhood Education

هناك طرق جديدة من التفكير حول الأطفال جاءت من دراسات الرواد من التربويين أمثال هل، بلوم، وبرونر وكانت نتائج هذه الدراسات ودراسة الطفل لها أثر على التفكير في مجال تربية الطفولة المبكرة.

وقد درس هل الأطفال والمراهقين دراسة علمية خلال القرن التاسع عشر وحثّ علماء النفس لدراسة التربية والتدريس وأراد كذلك ابتداع أساس متخصص

من المعرفة بالتربية. وعلى الرغم من أن دراسة (هل) ركزت على طبيعة الطفل فإنه لم يختبر استنتاجاته في موقف المدرسة الحقيقية، أي على الطبيعة ولهذا فإن أعماله لا تفي بالمعايير الحالية للدراسات العلمية.

ويعتبر هل ناقداً لدراسة فروبل حول رياض الأطفال، وأراد التأكيد على اللعب الحر وجذب الانتباه للصحة الجسمية، خلافاً لما كان سائداً في رياض الأطفال التقليدية. وكان اهتمامه الحقيقي في دراسة الطفولة وتنمية مجال علم النفس التربوي.

وقد دفع هو وكثير من تلاميذه المربين لتعلم المزيد حول سيكولوجية الأطفال التي على أساسها توضع المقررات الدراسية. تاريخياً، ويعتقد التربويون في الطبيعة الثابتة للذكاء. واعتُقِدَ لسنوات بأن ذكاء كل طفل ثابت منذ الميلاد ولا يمكن تحويله، وبناء على الدراسات المبكرة نجد أن (هانت) أوضح في نهاية الخمسينات بأن ما نقيسه من ذكاء ليس ثابتاً ولكنه يرجع إلى الخبرة، وقد أظهرت النتائج أن ذلك يرجع إلى حركة تربية الطفولة المبكرة. وأن البرامج التي صمّمت لتزويد الأطفال بالخبرات تفتقد لما هو مناسب لأطفال الطبقة الوسطى. وعلى سبيل المثال، البرامج التي تتضمن رؤية مزرعة لم يرها الطفل يمكن أن تشجع على رحلات إلى المزرعة مع متابعة الخبرات اللغوية المرتبطة بالرحلة.

الفكرة هنا أن الذكاء يمكن أن يتطور من خلال الخبرات المقدمة في مرحلة الطفولة المبكرة، وبحث بلوم أيضاً تأثيره التربوي في مرحلة الطفولة المبكرة، وواحدة من أكبر دراسات بلوم هي الثبات والتغير في الخصائص الإنسانية 1964 وقد بحث في الذكاء لفترة من الزمن، ووجد أن ما يقاس على أنه ذكاء في سن الـ 17 سنة ينمو في سنوات العمر الأولى. وإن اكتشافاته أعطت لمربي الطفولة المبكرة نتائج مثيرة حول المعرفة بأهمية نوعية الخبرات التعليمية المقدمة للأطفال الصغار.

كما أوجد بلوم تنظيماً هرمياً يمكن من خلال تنظيم الخبرات والأسئلة (هرمياً) من الاستدعاء (التذكر) إلى التطبيق. والمهم أيضاً هو مفهومه عن التعلم الإتقاني Mastery. واعتقد بلوم أن الأطفال سوف يبدعون في المهام المعطاة لهم في المدرسة.

ولكن بعض الأطفال قد يحتاجون وقتاً أطول وأنشطة أكثر وإرشاداً لفعل ذلك. واقترح بأن يكون المنهج منظماً بحيث يمكن لكل متعلم أن يسير به وفقاً لمستواه.

إنه من الصعب تلخيص عمل برنر لأنه قام بالعديد من البحوث التربوية عبر السنين، وقد درس اللغة واللعب والتفكير والمنهج. حيث يقول:

(إنه يمكن تدريس أية مادة بفاعلية لأي طفل في أية مرحلة من النمو) ولكن جملته هذه قد أسيء فهمها من البعض على أن أي طفل يمكن أن يتعلم أية مادة في أي سن وكل ما يحتاجون إليه هو تدريب أكثر من قبل المعلمة حتى يمكنهم التحكم في أي شيء، ويرى برونر أن التدريس الناجح هو الذي يركز على فهم نمو الطفل وكيف ينظر للعالم؟ وعندئذ تترجم المادة إلى شكل يلائم نظرة الطفل الحالية. فالمعلم الذي يفهم عملية النمو سيفهم أنه لا يمكن تدريس عملية الضرب لطفل يبلغ من العمر عامين ولكنه سيساعد الأطفال الصغار على البدء في تغيير بعض الأشياء عن بيئاتهم.

حركة رعاية الطفل The Child -- Care Movement

في بدايات القرن العشرين بدأت أولى حركات رعاية الأطفال في المدن الكبرى في الولايات المتحدة الأمريكية لتوفير المأوى لأطفال الأمهات، وكانت هناك جهود أخرى لتوفير رعاية الطفل في مواجهة الطوارئ والأزمات وكذلك لجد أن العمل على إيجاد مؤسسات ودور رعاية للأطفال تعمل على توفير عمل للمعلمين، وكذلك خلال الحرب العالمية الثانية ظهرت حركة (لانهام) التي أنشأت مدارس للأطفال وحضانات.

وخلال السبعينات من القرن العشرين الماضي كانت هناك جهود لإيجاد تشريعات لدعم رعاية الطفل، ولجاح ذلك كان خلال الثمانينات من نفس القرن ولكن كانت هناك بعض الخطوات الإيجابية التي لجدها قد اتخذت في التسعينات من نفس القرن مثل توفير قدر أكبر من التمويل للبرامج لمصلحة الأطفال.

رياض الأطفال Kindergarten

تُعرف رياض الأطفال كمدرسة متخصصة تتواءم مع طبيعة واحتياجات الأطفال الصغار من الرابعة وحتى السادسة من العمر، وقد بدأ ذلك مع إيجاد فروبل لرياض الأطفال في ألمانيا عام 1837. وقد افتتحت أول رياض أطفال في الولايات

المتحدة عام 1855 وقد افتتحها مارجريتا شيرز، أما أول رياض أطفال تتحدث بالإنجليزية فقد افتتحت من قبل إليزابيث بيودي عام 1860، أما أول رياض أطفال عامة فقد افتتحت من قبل سوزان بلو في سانت لويس عام 1873.

التغيرات في تربية الطفولة المبكرة

Changes in Early Childhood Education

هيد ستارت Head Start

البداية كانت في المدارس الخيرية في أوائل القرن التاسع عشر، وهي مدارس الأطفال أو الحضانة العامة عن طريق التبرعات الإنسانية لإنقاذ الأطفال من العائلات الفقيرة من البيئة غير المناسبة التي يعيشون فيها، وكان الهدف من ذلك محاولة تغيير حياة الصغار من الأطفال الفقراء. وأحد مقومات مكافحة الفقر في بداية الستينات من القرن الماضي هو برنامج هيد ستارت (Head start) وهو برنامج لتغيير دائرة الفقر في الولايات المتحدة الأمريكية، ويوفر هذا البرنامج الخدمات التربوية والاجتماعية والطبية ورعاية الإنسان والتغذية والصحة النفسية لذوي الدخول المنخفضة من أطفال ما قبل المدرسة. وفي عام 1990 احتفل برنامج (Head Start) باليوبيل الفضي له، وعلى الرغم من أن التمويل المتوقع له سيزداد إلا أن البرنامج مستمر في تمويل وخدمة الأطفال المحتاجين. ومنذ بداية البرنامج نجد أنه يخدم حوالي 17 مليون طفل وأسرة. والآن هناك ما يزيد عن 800.000 طفل مدرجون في البرنامج وكانت المعدلات في زيادة في السنوات الماضية، وهناك العديد من البرامج المختلفة التي تم تطويرها وتقويمها كجزء من (هيد ستارت) والكثير من الدراسات والأبحاث في تربية الطفولة المبكرة تمت ضمن برنامج (هيد ستارت) والذي امتد عمله لملايين الأطفال وللمتخصصين في تربية طفل ما قبل المدرسة.

وبسبب بعض التأثيرات الإيجابية لبرنامج (هيد ستارت) والتي لم تستمر بعد دخول الأطفال إلى المدرسة الأساسية فقد تم تطوير البرنامج للمتابعة من خلال توعية الأسرة والرعاية الصحية والتأكيد على النجاح، وبرامج المتابعة لم تكن واسعة الانتشار

مثلما هو الحال في برنامج هيد ستارت (برور، 2005). ويساعد برنامج هيد ستارت الأطفال الملتحقين به على:

1. تطوير الخصائص المعرفية للأطفال.
2. تحقيق تقدير ذات ايجابي وتحصيل ودافعية.
3. زيادة مستوى المشاركة.
4. تحسن الوضع الاقتصادي والاجتماعي اللذين ينعكسان في التحصيل النمائي.
5. الاستفادة من الخدمات الصحية والتربوية المتقدمة ، (Zirpoli, 2008)

الممارسة النمائية المناسبة

Developmentally appropriate practice (DAP)

تعتبر الممارسة النمائية المناسبة من التوجهات الحديثة في مجال تربية وتعليم الطفولة المكبرة، ويشير هذا النوع من البرامج الى الممارسات النمائية المناسبة لكل طفل وفقا لعمره وحاجاته وخصائصه الفردية. تتطلب الممارسة النمائية المناسبة من المعلم او اخصائي التدخل المبكر ان يتعرف على كل طفل نمائيا من حيث اهتماماته ومواهبه الخاصة هذا من جهة، وان يفكر بالمهارات النمائية الاساسية التي يجب ان يكتسبها كل طفل ويحضرها معه عند دخوله المدرسة، من جهة اخرى.

تتنوع الممارسات النمائية المناسبة لتحقق حاجات كل طفل وتتناسب مع فروقاته الثقافية مما يوفر بيئة عمل مناسبة مع كافة الاسر، وهذا من شأنه أيضا ان يقدم لها الدعم المناسب وفقا لحاجاتها (Brewer, 2010; Wynne, 2010).

برامج للأطفال ذوي الحاجات الخاصة

Programs For Children With Special Needs

شهدت العقود القلائل الأخيرة تقدماً في تربية أطفال ما دون سن المدرسة. ففي أوائل القرن العشرين، كان يستثنى الأطفال ذوو الحاجات الخاصة خارج المدارس وخارج الخبرات المدرسية. وبعد ذلك بفترة كان يتم عزلهم في صفوف خاصة في

المدارس، حيث يتم تجميع جيع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في منطقة واحدة في مدرسة خاصة بحيث لا يتواصلون ولا يتفاعلون مع الأطفال العاديين.

وفي عام 1975 صدر القانون العام 94-142 الذي أكد على ضرورة تعليم كل المعاقين في الولايات المتحدة الأمريكية وهذا يعرف بقانون الدمج. ونص القانون 99-457 الموضوع عام 1986، على إتاحة الخدمات للأطفال من ذوي الحاجات الخاصة منذ الميلاد وحتى سن المدرسة، وعلى دور الوالدين في التعرف على أهمية العائلة في نمو الطفل. كما أن تصنيف الطفل وإطلاق المسميات عليه يعد ممارسة ملحقة للضرر. لكن القوانين الحالية تشجع على التفاعل بين الأطفال ذوي الحاجات الخاصة والعاديين، إلا أن التسميات والتصنيفات -في بعض الأحيان- تؤذي هذا التفاعل. (برور، 2005).

وفي الوقت الحاضر فإن برامج التدخل المبكر الفعالة قد ساعدت في وضع الأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العامة. فقد أصبحت الآن الممارسات التعليمية والمناهج تصمم لإشباع الحاجات الفردية والنمائية والثقافية للطلبة. كما أنها وفرت فرص تعلم المهارات في السياقات التعليمية الطبيعية (Salend. 2005).

برامج التدخل المبكر Early Intervention Programs

الأطفال المؤهلون لهذه البرامج الخاصة بالتدخل هم الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة. وهناك العديد من البرامج التي تهدف إلى تحديد الأطفال الذين يتم اختيارهم منذ مولدهم وتوفير خدمات منزلية لهم من الميلاد وحتى سن الثالثة. وفي سن الثالثة تتوفر لهم برامج مدرسية أو في المراكز التعليمية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

وتستند برامج التدخل المبكر إلى تجنب حدوث المشكلة حيث يكون أكثر فعالية من محاولة تصحيح مشكلة قائمة بالفعل. وبعبارة أخرى، إذا تم تحديد الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة وتوفير الخدمات التي يحتاجونها في وقت مبكر من حياتهم فإنه يمكن تجنب العديد من المشكلات.

وعادة يركز المتخصصون في برامج التدخل المبكر على مساعدة الأسرة في توفير البيئة التي تطور وتحسن النمو الصحي جسمياً ومعرفياً. فمثلاً، القائمون على رعاية الطفل تتم مساعدتهم في التخطيط لتغذية الأطفال وزيارات الأطباء لتوفير المناعة للأطفال وكذلك يتم تعليمهم كيف يتحدثون إلى الأطفال وذلك لتطوير اللغة لديهم. (برور، 2005).

وهكذا فإن برامج التدخل المبكر، تساعد على تشجيع نمو المهارات الجسمية والحركية والمعرفية واللغوية والكلامية والاجتماعية ومهارات مساعدة الذات للأطفال من الميلاد وحتى سن السادسة من العمر. وإضافة إلى ذلك فهي خفضت احتمالية ظهور الإعاقات الثانوية كما أنها عززت وساعدت الأسر في تشجيع نمو أطفالهم. وهكذا فإن برامج التدخل المبكر تمكن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة من تحقيق الاستقلالية لهم خصوصاً عندما يبلغون مرحلة الرشد (Salend , 2005).

لماذا التدخل المبكر Why Early Intervention

يتطور الدماغ بسرعة من الميلاد وحتى السنة الثالثة من العمر، وتخزن المعلومات القادمة من البيئة في مسارات في الدماغ الذي يكون مستعداً لاستقبالها، وخلال هذه المرحلة فإن الذات تتطور في علاقات تفاعلية مع الذين يقدمون الرعاية في البيئة كما تقدم الأساس للقدرات الوظيفية الانفعالية. وإذا لم تقدم المعلومات من خلال الخبرات فإن المسارات عندئذ تكون غير مستخدمة، وهكذا فإن الخبرات الغنية تبني دماغاً أفضل.

وتهدف العلاجات والتدريب والتعليم المقدم للأطفال ذوي الحاجات الخاصة إلى الوقاية من فقدان وظيفة وتطور النمو كما أنها لا تشجعه. فعلى سبيل المثال، الأطفال الصم deaf الذين يزودون بلغة الإشارة في سن الثانية من العمر هم أكثر نجاحاً أكاديمياً في الأعمار اللاحقة من أولئك الذين لم يتلقوا خدمات تدخل حتى سن السادسة من العمر.

وكذلك الأطفال الذين يعانون من إعاقات لغوية وتلقوا خدمات في السنة الثالثة من العمر شفوا منها مع عمر الخامسة. ولأن الأطفال يولدون ولديهم المقدرة

على التعلم والاستجابة الإيجابية نحو التأثيرات الداعمة والبيئة المثيرة، فإنه عندئذ تصبح أهمية التدخلات المبكرة لمساعدة الأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي على تحقيق مستويات أفضل من حيث الوظائف الاجتماعية والعقلية والمعرفية، وبالتالي الوقاية من الآثار أو العيوب الثانوية لدى الأطفال ذوي الإعاقات الحسية أو الإعاقات عامة.

وتبرز أهمية التدخل المبكر في الأمور الآتية:

أولاً: تجنب التأخر النمائي Avoiding Developmental Delays

يتطور الأطفال بمعدلات نمو مختلفة فالبعض يجلس في عمر أربعة شهور وغيرهم في عمر ثمانية شهور. والبعض يمشي مبكراً والآخر يتأخر وهذه المعلومات هي بمثابة أسباب رئيسية لبدء اتخاذ قرار هل الطفل الرضيع متأخر نمائياً أم لا. والتأخر النمائي يجب أن يكون موجوداً في أكثر من مجال نمائي لاعتباره مشكلة.

ويحدد التأخر في النمو من خلال مقارنة مهارات الأطفال الرضع الجسمية والانفعالية والمعرفية بالمهارات النمائية للأطفال من نفس العمر. كما يوضع متوسط أعمار إنجاز المهمة مع بعضه في مقياس نمائي Developmental فعلى سبيل المثال الطفل الذي لا يمشي ولا يجلس ولا يقف أو لا يتكلم عندما تكلم الأطفال من نفس عمره، أو لا يكتسبون المهارات التي يكتسبها الأطفال الآخرون من عمرهم فإن الاعتقاد والشك في وجود إعاقة أو تأخر نمائي يكون قائماً.

من المعروف بأن الأطفال من ذوي العيوب الحسية مثل المعاقين بصرياً أو سمعياً أو الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية أو الاضطرابات الجينية المتصلة بالإعاقة العقلية لا يحققون أو لا يقومون بأداء مهاراتهم النمائية بالسرعة التي يقوم بها الأطفال من غير المعاقين. وفي الحقيقية فإنه بدون مساعدة إضافية من قبل معالجين أو بدون استشارة تربوية فإن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة يتطورون ببطء ويحققون مستويات أدنى في القدرات الوظيفية من الأطفال المعاقين الذين يتلقون خدمات التدخل المبكر.

ثانياً: الوقاية من العيوب الإضافية Preventing Additional Deficits

ومن الأسباب الأخرى الداعية لبرامج التدخل المبكر هي، تجنب تطور مشكلات ثانوية ناتجة عن ضعف الإثارة المقدمة للطفل الذي يعاني من إعاقة أو عيوب حسية. وهذه المشكلات الثانوية تشتمل الإثارة الذاتية والسلوكيات غير المرغوبة مثل العض والضرب.

كما أن ممارسات تنشئة الطفل تحسن من نموه وتساعده على تجاوز الظروف الخطرة التي قد توجد وقت الميلاد، ولقد أشارت دراسة كاني الطولية Kanai Longitudinal Study والتي امتدت من 1952-2000، والتي اهتمت بمتابعة نمو مجموعة من الأفراد في الدراسة في هذه الفترة الزمنية وقد تم متابعة نموهم حتى بلغو الأربعين عاماً. وأشارت الدراسة إلى أن الأطفال المعرضين لخطر التأخر النمائي بسبب نقص الأوكسجين خلال الميلاد أو الشلل الدماغي فإنهم حققوا ما حققه غيرهم من الأطفال عندما كانت المعاملة المقدمة لهم دافئة وايجابية وغير عقابية ومشجعة للنمو.

ويمكن أن يعرف تشجيع النمو Encouragement to Develop على أنه المعرفة التي يمتلكها الوالدان حول النمو الطبيعي، ومساعدة الوالدين للطفل حتى يحقق المعالم النمائية الطبيعية. وأن مثل هذه الممارسة في تنشئة الطفل تساعده على التخلص من التأثيرات السلبية الناتجة عن عملية الولادة غير الطبيعية.

ثالثاً: فعالية برامج الطفولة المبكرة

The Effusiveness of Early Childhood programs

لقد راجع العديد من الباحثين برامج التدخل المبكر وقد أشارت مراجع بحثية إلى ان الأطفال ذوي الإعاقات العقلية البسيطة وبسبب تلقيهم لخدمات التدخل المبكر فإنهم يمكن أن يتحسنوا ويدخلوا برامج التعليم العام. وكذلك أشارت الدراسات إلى أن البرامج المبكرة المقدمة لاضطرابات التواصل تساعد على إزالتها أو التخلص منها، كما ان الأطفال الصم الذين تلقوا خدمات التواصل الكلي في سنوات عمرهم المبكر كان أداؤهم أفضل في مرحلة الرشد مقارنة بغيرهم الذين لم يتلقوا خدمات مبكرة.

ومن هنا تبرز أهمية التدخل المبكر في الوقاية وتحسين نوعية الرعاية الانفعالية والصحية التي يمكن أن تحسن تقدير الذات وكفاءة الذات. ومن هنا تبرز أهمية التدخل المبكر مع ذوي الحاجات الخاصة وأهمية تزويدهم بمهارات تمكنهم من التعامل مع مواقف كثيرة ومتنوعة (Kirk, Gallagher, and Anastasion, 2003)

وعلى نحو عام فإن برامج التدخل المبكر تساعد في تنمية المهارات:

1. التواصلية.
2. الاجتماعية.
3. الحركية.
4. الانفعالية (Hooper and Umansky, 2009).
5. رعاية الذات (Raver, 2009; Salend, 2005).

ما الذي يعرض الأطفال للخطر What Puts Children At Risks

إن الطفل الرضيع المعرض للخطر at risk infant هو الطفل الذي يسبب نقص الوزن لديه عند الميلاد أو طفل الخداج أو الذي يعاني من مشكلات طبية شديدة معرض لإظهار تأخر أو عيوب معرفية أو عيوب حركية.

أولاً: الاضطرابات الجينية Genetic Disorders

هناك أكثر من مئة اضطراب جيني مرتبطة بالقدرات الوظيفية النمائية والإعاقة العقلية ويحتاج الأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات إلى تدخلات سريعة ومن هذه الاضطرابات متلازمة تورنر Turner Syndrome ومتلازمة تاي – شانش - Tay sachs التي تؤدي إلى إعاقات عقلية.

ثانياً: الأحداث خلال الحمل والميلاد Events During Pregnancy and Birth

وهذه الأحداث تحتل المرتبة الثانية في تصنيف الحالات الصحية، وتؤدي بالأطفال الجدد إلى أن يكونوا عرضة للخطر خلال عملية الحمل أو الميلاد. فالرعاية خلال مرحلة الحمل تحذّر الأم من خطورة تناول أدوية محدّدة، وكذلك الإصابة بالأمراض والفيروسات. فعلى سبيل المثال، الحمى الألمانية تسبب إلحاق ضرر شديد

بالجنين ولكن هذا يمكن الوقاية منه من خلال تناول المضادات الحيوية والأدوية الطبية المناسبة، وكذلك فإن الإصابة بالسكري تؤدي إلى إعاقات وتشوهات في الجنين، ولكن هذا أيضا يمكن السيطرة عليه، وفي النهاية الوقاية من خطر العديد من الإعاقات.

ثالثا: المخاطر البيئة Environmental Risks

المخاطر البيئة هي عوامل في حياة الأطفال الرضع أو غير الرضع وتتداخل مع النمو وهي تعتبر مسؤولة عن إعاقات الأطفال مع عمر ست سنوات، والبعض من هذه العوامل معروف ويتداخل مع نمو الطفل مثل إساءة معاملته والفقر وإدمان الوالدين على الكحول. كما أن الوالدين الذين لا يعرفون استراتيجيات تنشئة الطفل التي تشجع نموه فإنهم عرضة للخطر في رعاية الأطفال الجدد الذين يعانون من نقص الوزن أو الخداج وهذه حالات صحية مرتبطة بالإعاقات وهناك مخاطر اخرى تظهر بسبب المصادر الأسرية المحددة جداً في تقديم الغذاء المناسب صحياً أو الرعاية الطبيعية أو السكن الصحي. وهذه العوامل هي على النحو الآتي:

1. إساءة معاملة الطفل أو إهماله Child Abuse or Neglect

إن العديد منا قد يشعر بصعوبة فهم إساءة معاملة الطفل، سواء أكان معاقاً أو غير معاق، فكيف يمكن لشخص كبير أن يؤذي جسمياً طفلاً رضيعاً أو طفلاً صغيراً وخصوصاً المعاق. كما أن العديد منا قد لا يتخيل الضغط الذي يعانيه أولياء أمور الأطفال المعاقين. فعلى سبيل المثال، تخيل طفلاً يصرخ باستمرار ولساعات خلال الليل ويحاول معه الوالدان كل شيء يمكن أن يهدئه فقد يمشون معه أو يطعمونه أو يحملونه ولا شيء من هذا يفيد مع الطفل. ومع ذلك تخيل ضغط العمل والخدمات الأسرية ولا شيء هناك في الأفق يطمئن، ولكن إذا كان الطفل المعاق يسبب كل هذا، فهل يمكن أن تكون إساءة معاملة الطفل أمرا مبرراً؟ لقد أشارت الدراسات إلى أن الأطفال الذين تساء معاملتهم أو يهملون في الولايات المتحدة يقع بين 3-10 ملايين طفل، وخاصة الأطفال ذوو الإعاقات منهم فهم أكثر عرضة للإساءة.

2. الظروف الاجتماعية الاقتصادية المتدنية أو الفقر

Lower Socioeconomic Conditions (Poverty)

إن النساء اللواتي يعشن في ظروف اقتصادية سيئة يعانين من نقص في الرعاية الطبية والرعاية خلال الحمل، وكذلك يعشن في مساكن فقيرة وغير صحية ويعانين من سوء التغذية. فسوء التغذية لدى الأم يؤثر على نمو الجنين ويسبب نقص الوزن عند الميلاد، وفي غياب الرعاية الصحية خلال الحمل للأم فإن الاضطرابات الجينية عرضة للظهور وتسبب الخطر على الجنين بسبب عدم علاجها. كما أن الأم الحامل التي تتلقى الدعم الانفعالي والمعاملة الجيدة وتسكن في سكن صحي فإنها تزداد لديها احتمالية إنجاب أطفال طبيعيين.

3. الإدمان على المواد المخدرة Substance Abuse

إن الإدمان على المواد المخدرة من قبل الآباء والأمهات يؤدي إلى مشكلات سلوكية وإعاقات لدى الأطفال. كما أن تعاطي الأم الحامل الكحول خلال الحمل يؤدي بها إلى إنجاب أطفال لديهم متلازمة الكحول الجنيني Fetal Alcohol Syndrome أو الاضطرابات المرتبطة بالكحول. وتؤدي متلازمة الكحول إلى تشوهات وجهية للجنين أو بعض درجات الإعاقة العقلية أو عيوب في القلب، أو صغر الحجم، وقد يستمر بعض هذه التشوهات أو الاضطرابات في مرحلة الطفولة أو الرشد.

أما الاضطرابات المرتبطة بالكحول فهي تؤدي إلى إعاقات ومشكلات ملحوظة في التعلم لدى الطفل المصاب. كما أن الأم التي تتعاطى الهيروين تنجب أطفالاً غير مكتملي النضج أو يعانون من نقص الوزن، وهؤلاء الأطفال يكونون عرضة للإصابة بالإعاقات، كما تشير الدراسات إلى أن الأم التي تدخن يومياً أكثر من 48 سيجارة فهي معرضة لأن تنجب أطفالاً غير ناضجين أو أطفالاً لديهم نقص وزن، وهذا بالتالي سبب مقنع وكاف لضرورة أن تترك الأم الحامل المدخنة التدخين والحفاظ على صحتها وصحة جنينها (Kirk, Gallagher, and Anactasiow, 2003).

الفصل الثاني

النمو في الطفولة المبكرة

المقدمة

نمو الطفل والتأخر النمائي

دور الوراثة والبيئة

النمو المعرفي

أنشطة لتشجيع النمو المعرفي

مهارات التواصل

أنشطة لتشجيع تطور مهارات التواصل

النمو الحركي

مبادئ النمو الحركي

تكييف الأنشطة لتحسين المهارات الدقيقة ومساعدة الذات

النمو الاجتماعي – الانفعالي

أنشطة مساعدة في تطوير السلوك الإيجابي الاجتماعي

الفصل الثاني

النمو في الطفولة المبكرة

Early Childhood Development

المقدمة Introduction

تمتاز المعلومات الواردة في هذا الفصل بتناولها لمراحل النمو في الطفولة المبكرة من فترة الرضاعة إلى سن السادسة من العمر. فالأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي يمرون في نفس المراحل العمرية التي يمر بها الأطفال ذوي النمو الطبيعي. فهم يتأخرون غالباً على الأقل في واحدة من المظاهر النمائية. فهم لا يكتسبون المهارات في نفس الترتيب التسلسلي النمائي ومن هنا فإن فهم الأنماط النمائية في غاية الأهمية خصوصاً عند تصميم أو تقديم خدمات للأطفال ذوي الحاجات الخاصة.

نمو الطفل والتأخر النمائي

Child Development and Developmental Delay

إن دراسة النمو الإنساني وتطوره تساعد في فهم كافة مظاهر النمو الإنساني والتغير في النمو عبر دائرة الحياة الإنسانية، ودراسة نمو الطفل هي دراسة النمو الإنساني بما في ذلك الخبرات المتغيرة عبر الزمن، ويشتمل أداء المتطلبات النمائية الوصف والتوضيح والتنبؤ بالكيفية التي يفكر بها الأفراد في المراحل المختلفة، والكيفية التي يشعرون ويسلكون بها وغالباً ما تلخص المظاهر النمائية في رسم بياني نمائي توضع عليه الأنماط النمائية للشخص مقارنة بالنمو الطبيعي، والأطفال ذوو الحاجات الخاصة غالباً لا ينمون ضمن نفس المعدل المشار إليه في الخارطة النمائية Developmental Chart في واحدة أو أكثر من مجالات النمو. وتظهر المشكلات في نمو الطفل عندما تتأخر المهارات في تطورها وبشكل ملحوظ في واحدة أو أكثر من هذه المجالات. ولا يوجد هناك معيار متفق عليه في الحكم على التأخر النمائي

Developmental Delay، الملحوظ فبعض الأطفال ربما يصنفون على أنهم متـأخرون نمائياً عندما يتأخرون أشهراً عديدة في النمو مقارنة بالأطفـال ذوي النمـو الطبيعـي،أو أنهم غير قادرين على أداء مهمات يقوم بأداء مهمات مثلها حوالي 90٪ من أطفال في مثل أعمارهم.

دور الوراثة والبيئة Role of Heredity and Environment

يبدأ النمو في اللحظة التي تحدث فيها تغييرات في كافة مظاهر أو مجالات النمـو خلال الحياة. وخلال السـنوات الأولى القليلة من الحياة فإنه يحـدث مقـدار هائـل مـن التغير. وهـذه السـنوات الأولى ينظـر إليهـا علـى أنهـا سـنوات حرجـة لأن الـدماغ الإنساني ينمو بشكل كبير خلال السـنوات الثلاث الأولى من العمر، وهناك الكثير من النقاش المستمر لتحديد العوامل المساهمة في النمو والمستوى الـذي تـؤثر فيـه عوامـل الوراثة Heredity والبيئة Environment.

وتلعب الوراثة دوراً مهما في النمو، وهذا المفهوم العـام يعـود إلى النمـو الـذي يأخذه الطفل مـن الوالـدين، فالوراثـة مـن الوالـدين تـساهم في نمـو الجـسم وتحديـد خصائصه مثل لون العيـون والمهـارات والقـدرات الموروثـة مثـل القابليـة الموسـيقية. ويعتقد العديد من علماء النفس بأن نمـو الطفـل يـستند إلى الوراثـة كمـا أنهـا المحـدد الأولي للسلوك.

العوامل البيئية أيضاً لها دور مهما في النمو وتؤثر فيه، وتشتمل التأثيرات البيئية على الأحداث والخبرات التي يعيشها الطفل في المنزل والمجتمـع والمدرسـة، فالوالـدان والإخوة والمعلمون والأصدقاء والمجتمع يلعبون دوراً في توفير خـبرات تـساعد النمـو وتوجهه (Turner and Helms, 1991; Sage, 1997)

النمو المعرفي Cognitive Development

يشير النمو المعرفي إلى تطور القـدرات العقليـة العليـا، كمـا أن التطـور في هـذه القدرات يؤثر في تطور المظاهر النمائية الأخرى. وتلقي الأسـئلة التاليـة الـضوء علـى بعض مظاهر النمو المعرفي لدى الأطفال الصغار:

1. كيف ومتى يتعلم الأطفال الصغار حل المشكلات؟

2. كيف ومتى تتطور الذاكرة؟

3. ما هي مصادر الفروقات الفردية في القدرات المعرفية؟

4. هل يمكن قياس ذكاء الأطفال الصغار؟

5. هل يمكن أن نتنبأ بذكاء الطفل في المستقبل؟

هذه الأسئلة وغيرها تعطينا نظرة عن مظاهر أو أنماط النمو المعرفي وأهميته (Papalia, Olds, and Feldman, 2001).

ويعتقد العديد من العلماء بأن مهارات النمو المعرفي تكتسب من خلال تفاعل المكونات العصبية التي تشتمل على الدماغ والجهاز العصبي، هذا بالإضافة إلى التأثيرات البيئية. ويسير النمو المعرفي وفقاً لتسلسل نمائي طبيعي، والأطفال الذين يعانون من تأخر نمائي معرفي Cognitive Development Delay على نحوٍ عام يتبعون نفس التسلسل النمائي، إلا أن معدل النمو لمهارات محددة يكون أبطأ مما هو معتاد أو طبيعي.

وتشتمل العمليات المعرفية الأساسية على الإدراك والانتباه والتفكير والذاكرة، كما أن العيب في أي من هذه المجالات يساهم في تأخر معرفي وتأخر في المجالات الأخرى من النمو، ويعتبر الإدراك وهو إدراك الفرد ووعيه بالأحداث أو المثيرات أول مستوى معرفي ويشتمل الإدراك Perception على القدرة في تكوين فهم للمعلومات المقدمة إلى الدماغ من حواس الفرد، فالإبصار والسمع والتذوق واللمس والشم والحركة الحسية تلعب دوراً في التزويد بالخبرات الحسية، كما أن كل شخص يمتلك تفسيراً خاصاً للخبرات الحسية، وهكذا فإن كل شخص يقوم بردة فعل مختلفة تجاه المؤثرات البيئية من حوله. وبالتالي فإن المعرفة بالقدرات الإدراكية المبكرة يساعد في تطوير بيئة التعلم.

ويبدأ النمو الإدراكي في الأسابيع الثماني الأولى من عمر الجنين. كما أن الأطفال الرضع يولدون بقدرات إدراكية تسمح لهم ببدء التعلم فوراً، فالمواليد الجدد يمتلكون استجابات انعكاسية لأنواع محددة من الإثارة، فالمولود الجديد يستجيب للضوء حيث إن إغلاق الرموش يعتبر انعكاسياً كاشفاً للضوء الشديد.

أما الإدراك البصري فهو يبتدئ بقدرات محددة وتأخذ بالنمو حتى تصبح طبيعية مع بلوغ الطفل العام الأول من العمر. أما القدرات السمعية فتبدأ والطفل جنين حيث ينمو عضو القوقعة وهو عضو السمع وعمر الجنين (ليس طفلا) أربعة شهور.أما الإدراك اللمسي فمعظم الأطفال يستجيبون بعد الميلاد بأسبوع للإثارة الجلدية.

وعندما يحدث الحرمان الحسي فهذا معناه عدم القدرة على استقبال الخبرات ومنع المعلومات من وصول الدماغ، وبالتالي عدم الإدراك للأشكال المختلفة من المعلومات، وعلى نحو عام فإن الإعاقات الحسية تحدد مقدار المعلومات المستهدفة. في المعالجة من خلال الدماغ وهذا الفقر في المعلومات يساهم في تأخر القدرات الوظيفية المعرفية. وتمكن القدرات الإدراكية الأطفال من التعلم والتفاعل مع البيئة المحيطة بهم وبالتالي فهي تدعم النمو الذكائي للطفل كما تسمح القدرات الإدراكية للأفراد بالتفاعل وهذا بدوره يساعد على تشجيع التواصل مع الآخرين.

أما الانتباه Attention فهو شرط ضروري للتعلم، فالانتباه إلى المعلومات يساعد على تعلم المعلومات المناسبة وتجاهل المعلومات غير المناسبة، وهذه القدرة تعرف بالانتباه الإنتقائي Selective attention. والأطفال الصغار في العموم لديهم صعوبات في التركيز على التفاصيل أو الانشغال بلعبة واحدة لفترة زمنية طويلة ومع نمو الطفل تدريجيا فإنه يصبح أكثر نضجاً وأكثر تركيزاً في انتباهه.

وتعتبر القدرة على التفكير المنطقي Reasoning من المجالات الهامة في النمو المعرفي، ويمتاز تفكير الأطفال دون سن المدرسة بأنه غير مسيطر عليه منطقياً. فالأطفال قد يحلون مشكلات بطريقة صحيحة. ولكن هذا لا يعني أنهم استخدموا المنطق في حلّها فهم لا يستطيعون تفسير لماذا هذا الحل صحيح. ويمتاز التفكير المنطقي لدى الأطفال الصغار بأنه محدود وهو محكوم بقواعد ويستخدم النظر إلى السبب البسيط أو المباشر.

أما الذاكرة Memory فهي مجال معرفي مهم، وتشتمل عملية الذاكرة على القدرة على تخزين المعلومات واستدعائها. والذاكرة تمتاز بأنها معقدة وتعتمد على عمليات الانتباه والإدراك.

وغالباً، فإن الأطفال دون سن المدرسة لا يستخدمون المعلومات لتدريب الذاكرة، فاستخدام المعلومات يساعد على تدريب الذاكرة. كما أن الاستراتيجيات

التدريبية لديهم غير فعّالة وهي محددة، وهذا بالتالي يؤدي إلى محدودية المعلومات المخزنة في الذاكرة طويلة المدى واستدعائها (Sage, 1997, Cook, Tessier, and Armbruster, 1987, Dunst. Mahoner and Buehan 1996). ويوضح الجدول الآتي النمو المعرفي:

جدول رقم (2-1): معالم النمو المعرفي النمائية

العمر	الأنماط النمائية
المواليد الجدد	• يفضلون الحلوى، ويميزون الحلو والمالح والحار. • الاستجابة إلى روائح محددة. • يفضلون الأصوات المعقدة ونغمات الأصوات العالية. • يميزون الألوان والذي لا يزال محدد وحدتهم البصرية محددة.
1-4 أشهر	• أفعالهم مركزة حول أجسامهم. • يظهرون توقعات محددة للأحداث.
4-8 أشهر	• يكررون أحداثاً ملفتة للانتباه. • محدودية السلوك المألوف.
8-12 شهراً	• سلوك موجه بهدف • تحسن توقع الأحداث • محدودية السلوكيات المقعدة.
12-18 شهراً	• اكتشاف البيئة • دمج المهارات لتحقيق الأهداف
18 شهراً – سنتان	• تقليد متأخر • انشغال بلعب خيالي
سنتان	• يعرف اسمه الأول واسم عائلته. • إنهاء أحجية من ثلاث قطع. • الإشارة إلى أجزاء اللعبة عندما يطلب منه. • إدراك العديد من الأشياء والصور. • مطابقة الأشياء بالألوان. • الإشارة إلى الأفعال في الصورة.
سن الثالثة	• إجابة أسئلة عن وظائف الأشياء. • يستعمل مفهوماً مماثلاً ومختلفاً.

العمر	الأنماط النمائية
	• التميز بين الأحجام المختلفة. • يهتم بأسئلة لماذا وكيف؟ • يشير إلى الصورة التي تتطابق مع غيرها من الصور أو الشيء الذي يتطابق مع غيره من الأشياء الموجودة. • يعرف جنسه البشري. • يعد خمسة أشياء. • يصنف الأشياء وفقاً للون إلى اثنين أو ثلاثة تصنيفات.
سن الرابعة	• يطابق الألوان والأشكال. • يسمي أربعة الوان. • يصنف الأشياء وفقاً لحجمها. • يعد إلى للعشرة. • يطابق الكلمات بالصور (على الأقل عشر كلمات مألوفة). • يتبع التعليمات مثل (تعال إلى هنا). • يفهم معنى الكلمات المجردة مثل بارد ومتعب. • يربط الخبرات في تسلسل.
سن الخامسة	• تحديد قطع الشعور مثل القرش وغيره. • تحديد الأرقام من واحد إلى عشرة. • تصنيف الصور إلى مجموعات وفقاً لاستعمالها. • القيام بعمليات الطرح البسيطة (حساب). • قضاء مقدار إضافي من الوقت في إنجاز المهمة. • يعرف كافة الألوان الرئيسية. • يضع قطع الأحجية الصغيرة مع بعضها.
سن السادسة	• يفهم مفاهيم مثل أول، وسط، وأخير. • فهم السبب والنتيجة. • تفسير مشاعر بطل القصة. • التنبؤ بنهاية القصة أو نتيجتها. • إدراك الأشكال الأساسية. • يقول قصة قصيرة في تسلسل.

.(Sage, 1997, P.35-36)

انشطة لتشجيع النمو المعرفي

فيما يلي بعض الأنشطة على تشجيع تطور المهارات المعرفية للأطفال دون سن المدرسة:

1. توفير معلومات حسية وملموسة مع معلومات لفظية قليلة.
2. تجنب الاتجاهات الناقدة.
3. تطوير المرونة والاستقلالية.
4. تنمية اللغة ومهارات حل المشكلات.
5. تصنيف الأشياء نفسها باستخدام طرق مختلفة.
6. تشجيع المرونة في التفكير.
7. تجنب الطرق النمطية في تدريس المفاهيم. (Cook. Tessen. And Armbruster .1987. Duns, Mohoney, and Buchan . 1996).

مهارات التواصل Communication Skills

مع دخول الطفولة المبكرة، فإن الأطفال الصغار يكتسبون أسس اللغة المنطوقة أو المحكية Spoken Language، وتكتسب المعالم النمائية التواصلية أهمية خاصة عندما نعرف أن الطفل في عمر 18 شهراً يعرف بالمتوسط 25 كلمة. وخلال السنوات الثلاث اللاحقة يضاف إلى مخزون الطفل اللغوي حوالي 600 كلمة جديدة، كما يظهر الأطفال دون سن المدرسة أيضاً أنماطاً نمائية لغوية في المستوى الدلالي والقواعدي. وبالمقارنة مع الأطفال الرضع والصغار فإن الأطفال دون سن المدرسة يستعملون اللغة



شكل رقم (2-1): اللعب وسيلة لتشجيع التواصل بين الأطفال

بطرق متنوعة بما في ذلك الأسئلة والمناقشات والإيقاع في الكلام وغيرها. ويتأثر نمو اللغة بعوامل عديدة منها:

1. التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية.
2. مستوى الذكاء.
3. جنس الطفل.
4. وجود أو عدم وجود التوائم المتطابقة.

فالأوضاع الاقتصادية والثقافية التي تعيشها الأسرة تؤثر في لغة الطفل، فالأطفال ذوو المستويات الاقتصادية والثقافية المتدنية غالباً ما يعانون من ضعف في النماذج المتواصلة المقدمة لهم. وهذه النماذج يتعلم منها الطفل أسسّ اللغة المنطوقة وعندما تكون النماذج اللغوية ضعيفة أو فقيرة فإنها لا توفر إثارة كافية للطفل يتعلم منها الاستعمال المناسب للكلمات والقواعد اللغوية الصحيحة. وإن اكتساب اللغة أيضاً يتأثر بقرب الطفل من معدلات الذكاء الطبيعية، فالأطفال الذين يصنفون بأنهم أعلى من المتوسط الطبيعي في الذكاء غالباً ما يبدؤون الكلام في سن أبكر ويكتسبون الكلمات بسرعة وينطقون بكفاءة، ويتعلمون جملاً صحيحة قواعدياً.

أما العامل الآخر الذي يسبب فروقات في نمو اللغة فهو جنس الطفل. ففي المتوسط فإن الإناث يتميزن بنمو لغوي أسرع من الذكور، ففي خلال السنة الأولى يكون الفارق في النمو قليل في كافة المجالات، فالنطق لديه أكثر طلاقة والأداء أفضل في استعمال الكلمات والقواعد والتهجئة (Turner and Helms, 1991, Qoldstein. et al, 1996).

ومن هنا، فإن فهم التطور الطبيعي لنمو اللغة يستعمل في تحديد مرحلة نمو الطفل، وهذا يساعد في توفير أنشطة مناسبة له. كما أن القدرة على تطوير تواصل فعال تتأثر بالتأخر في النمو الحركي (Sage, 1997).

جدول رقم (2-2): جدول اللغة الاستقبالية والتعبيرية

العمر	اللغة الاستقبالية	اللغة التعبيرية
شهر واحد	• ابتسامة انعكاسية للإشارة اللمسية والجسمية. • الاستجابة للصوت. • الهدوء غالباً مع الأصوات المألوفة.	• إصدار أصوات في الأيام الثمانية الأولى. • أصوات حنجرية صغيرة. • الصراخ ويتباين اعتماداً على المثيرات المختلفة.
شهران	• يتنبه بسهولة لصوت المتكلم. • الاستجابة لصوته. • ابتسامة اجتماعية	• أنواع مختلفة من الصراخ كاستجابة للألم والجوع وعدم الراحة. • مناغاة وهديل في شكل لعب صوتي
3 شهور	• الاستجابة إلى نغمات الصوت الغاضبة من خلال الصراخ. • الاستجابة إلى النغمات المفرحة من خلال الهديل. • زيادة الوعي للبيئة المحيطة.	• الضحك بصوت عال. • الاستمرار بالمناغاة. • قول مقطعين لفظيين.
4 شهور	• الاستجابة للضجيج والصوت من خلال الاستدارة نحو مصدر الصوت.	• إعادة كلمة من مقطع واحد. • التعبير باللعب بالأصوات الذاتية.
5 شهور	• يبدأ بفهم معنى التصريف في المعاني. • الاستجابة إلى الكلام المفرح من خلال الضحك.	• المناغاة الملفتة والمعبرة عن الحاجات. • التعبير الصوتي كاستجابة لحب المعرفة. • التعبير عن عدم الراحة.
6 شهور	• زيادة الوعي والاستجابة للبيئة	• قول عدة مقاطع
6-12 شهراً	• الإصغاء والانتباه المتزايد للكلمات الجديدة. • الاستجابة لشخص محدد مع عمر (8 شهور). • فهم كلمة (لا) واسمه مع عمر (9 شهور).	• نوع الكلمة هو الاسم – (المعاني المفردة الملموسة أو الحقيقية). • البدء باستعمال الأنماط التصريفية. • استعمال العديد من الأصوات الكلامية وغير الكلامية بشكل تعبير عشوائي.

العمر	اللغة الاستقبالية	اللغة التعبيرية
	• هز راسه كاستجابة بنعم أو لا لبعض الأمثلة مع عمر (10 شهور). • يتبع التعليمات البسيطة مع عمر (11 أو 12 شهراً).	• أنغام غنائية مع عمر (7 شهور). • البدء بالمصاداة مع عمر (9-12 شهراً) والاستمتاع بتقليد الأصوات. • ظهور أول كلمة مع (10-12 شهراً) • محاولة تسمية الأشياء عندما تستثار مع عمر (10-12 شهر) • امتلاك 5-8 كلمات مع عمر (12 شهر). • إعادة الأصوات متجة ذاتياً. • استعمال نمط التنغيم مع الكلام المحدد. • إظهار أصوات مباشرة وإيحاءات للأشياء والأشخاص.
1-2 سنة	• فهم الأوامر البسيطة والممنوعات مع عمر 18 شهراً. • معرفة الأشياء والأشخاص والحيوانات المألوفة مع عمر (14-18 شهراً). • تحديد جزء واحد من الجسم مع عمر (18 شهراً). • تحديد ثلاث اجزاء من الجسم من عمر (20 شهراً). • تحديد خمسة أجزاء من الجسم من عمر (22 شهراً).	• متوسط طول الجملة 1.5 كلمة. • حوالي 50٪ من الكلمات هي أسماء مع عمر 18 شهراً و39٪ مع عمر 24 شهراً. • توجد كلمتان أو ثلاث كلمات مع عمر 18 شهراً. • امتلاك من 10-20 كلمة مع عمر 18 شهراً و 200 كلمة من عمر 24 شهراً. • استعمال الكلام التلغرافي (حذف الأدوات، والأفعال المساعدة..الخ). • إجراء محادثة تعبيرية وتصريفية. • ظهور الصفات والظروف في الكلام مثل، جيد، سيء، جميل، ساخن، بارد،...الخ. • ظهور أشكال الفعل البسيطة مثل رأى، ذهب، اداء. • أول شبه جملة.

العمر	اللغة الاستقبالية	اللغة التعبيرية
		• أول جملة. • أول ضمير مع تميز جزئي مثل أنا، أنت...الخ. • تقليد العديد من الكلمات (مضادات الكلمات). • استعمال أشباه جمل نمطية – مثل لا تبك، احذر.
2.5-2 سنة	• إظهار فهم لكلمات عديدة من خلال اختيار صور مناسبة مع عمر (24-27 شهراً) • معرفة وتحديد تصنيفات عامة لاسم العائلة مثل: طفل، جد، أم...الخ. • تميز أحرف الجر (من وعلى). • التميز بين (واحد العدد). • الإصغاء للقصص البسيطة. • تحديد الشيء من خلال الاستعمال. • فهم كلمة تعال، اذهب، اركض، توقف، أعط، خذ. • فهم الفروقات في المعاني. • فهم كافة تراكيب الجملة. • فهم الفروقات في الأحجام مع 27-30 شهراً	• تسمية أشياء مألوفة في البيئة مع عمر 24 شهراً. • يبدأ انخفاض نسبة الكلام غير المعروف. • يمتلك من 200-300 كلمة، وتشكل الأسماء ما نسبة 38.6٪ والأفعال 21٪ والظروف 70٪ والضمائر 14.6٪. • طرح أسئلة بسيطة مركزة حول الذات غالباً مثل أين الطالب؟. • قول الاسم كاملاً. • اتباع كلام نحوي ذاتي ارتجالي. • إعادة رقمين من الذاكرة. • استعمال الأدوات بشكل صحيح. • استعمال حرف (و) مثل: ماما وبابا.
3-2.5 سنة	• زيادة متسارعة في فهم الكلمات (حوالي 400 كلمة في عمر 30 شهراً و800 كلمة في عمر 36 شهراً). • الاستجابة إلى الأوامر باستعمال على، تحت، فوق، أسفل، قفز..الخ. • الاستجابة للأوامر باستعمال فعلين ذوي صلة مثل اركض بسرعة.	• البدء باستعمال الأفعال المختصرة مع عمر 30 شهراً. • تقليد توحيد كلمتين مع عمر 30 شهراً. • ظهور اختلال الطلاقة مع عمر 30 شهراً.

العمر	اللغة الاستقبالية	اللغة التعبيرية
	• فهم لعب الدور • يمكن أن ينفذ أمرين بسيطين. • يحدد 7 أجزاء من الجسم. • يظهر الاهتمام في شرح لماذا وكيف؟ • إظهار فهم للصفات المشتركة.	• زيادة متسارعة للكلمات وحوالي 900 كلمة. • استعمال جمل بسيطة قصيرة مع عمر بمتوسط 3.1 سنة. • فهم حوالي 90٪ من الكلام. • ربط تحليلات بسيطة بالقصص. • يستمر بمحادثة مفيدة. • التحدث مع نفسه عندما يلعب وحده. • الحديث عن خبرات فورية. • وصف الفعل. • البدء بطرح الأسئلة. • تحديد الشيء من خلال اسمه واستعماله. • استعمال ضمائر شخصية. • البدء باستعمال تعريف الفعل. • البدء باستعمال تصريف الأسماء. • البدء باستعمال الصفات. • استعمال أحرف الجر. • السؤال للآخر. • يستطيع تسمية ثلاثة أشياء في صورة. • يعرف عدداً قليلاً من السجع في الكلام. • يكرر ثلاث خانات رقمية.

العمر	اللغة الاستقبالية	اللغة التعبيرية
3-4 سنوات	• تحسن مهارات الإصغاء وبدء التعلم بالاستماع. • فهم حتى 1500 كلمة مع عمر أربع سنوات. • معرفة الجمع والضمائر الجنسية، والصفات. • فهم الجمل، المركبة والمعقدة. • تعلم معاني اجتماعية مناسبة للتواصل الفمي	• يمتلك من 900-1500 كلمة تمييزية. • متوسط طول الجملة 4.2. • درجة وضوح الكلام حوالي 90-100٪ في معظم السياقات. • يمكن الاستمرار بالمحادثة الطويلة. • تحسن مهارات النطق مع وجود صعوبات في حرف (l.r). • استعمال جملة معقدة ومركبة وسليمة قواعدياً. • استعمال صحيح للجمع وصيغ الملكية. • استعمال الأمر والتوكيد في الجمل. • استعمال اختصار الأفعال. • طرح سؤال لماذا. • استعمال ماذا، أين، كيف؟ • استعمال ضمير نحن. • استعمال القياسات التشبيهية العكسية مثل الأخ طفل ذكر وأخت.. الخ. • يمتلك ما يقارب 2000 كلمة.
4-5 سنوات	• فهم من 1500-2000 كلمة. • تنفيذ أوامر معقدة أكثر من 2-3 أفعال. • فهم معنى إذا، بسبب، متى، ولماذا.	• متوسط الجملة 4.3 كلمات. • نطق الصوامت والصوائت والأصوات المركبة يعادل 80٪ بشكل صحيح. • يعرف الكلمات من حيث استعمالها. • اكتمال اللغة من حيث التركيب والشكل. • استعمال أحرف العطف وفهم أحرف الجر.

العمر	اللغة الاستقبالية	اللغة التعبيرية
		• استعمال جمل طويلة وأكثر تعقيداً. • الاستجابة إلى الأسئلة البسيطة، مثل من ماذا يصنع البيت. • يقول قصة عن نفسه وعن البيئة موصولة باستشارة بسيطة. • استمرار في إنتاج أخطاء قواعدية.
6-5 سنوات	• فهم حوالي 2500-2800 كلمة • الاستجابة بشكل صحيح أكثر إلى الجمل المعقدة، إلا أنه لا يزال هناك تشويش بالتوقيت من حيث الجمل المستخدمة.	• يعبر عن 2500 كلمة. • متوسط طول الجملة 5-6 كلمات. • وضوح النطق. • استعمال كافة تراكيب شبه الجملة والاستمرار بإنتاج أخطاء. • استعمال الضمائر بشكل مستمر وصحيح. • استعمال الصفات المقبة مثل: كبير، اكبر، عال – أعلى...الخ. • استعمال التلفون والاستمرار في المحادثة. • الاستماع للقصص والحكايات. • تبادل المعلومات أو طرح الأسئلة والقصص ذات الصلة. • استعمال صحيح للأفعال غير المنتظمة مثل be, go, do. • استعمال صحيح للأدوات an, a, and. • استعمال أحرف الجر، مثل من، إلى، عن، على... إلخ. • يقول قصة مألوفة.

(الزريقات، 2005، ص: 46-50).

أنشطة لتشجيع تطور مهارات التواصل

فيما يلي مجموعة من الإرشادات المساعدة والموجهة للوالدين لتشجيع تطور الكلام واللغة:

اهمية التحدث

إن التحدث مع الطفل ضروري لتنمية لغته. وذلك لأن الأطفال عادة ما يقلدون الكلام الذي يسمعونه (تحدث مع طفلك ما أمكن لأنه يقلد ما يسمعه).

- انظر: يجب أن ينظر الوالدان مباشرة في وجه الطفل وينتظران حتى ينتبه ثم يبدآن في الحديث (أنظر مباشرة إلى وجه طفلك واحصل على انتباهه ثم ابدأ بالحديث إليه).
- المسافة عند الحديث مع الطفل: يجب أن يتأكد الوالدان من أنهما على مقربة من الطفل عندما يتحدثان معه (يجب أن تكون المسافة ليست أكثر من 5 أقدام) (كن قريباً من طفلك وأنت تتحدث معه).
- الحديث بصوت مرتفع: يجب أن يتحدث الوالدان بصوت أعلى قليلاً من الوضع الطبيعي، (ارفع صوتك أثناء الحديث مع طفلك).
- حافظ على بيئة هادئة: يجب أن تطفأ الأجهزة كالراديو والتلفاز وغسالة الصحون.. الخ لإزالة الضوضاء الخلفية (تحدث مع الطفل في مكان هادئ).
- يجب على الوالدين أن يكونا نماذج جيدة للحديث: يجب على الوالدين أن يصفا بحديثهما النشاطات اليومية وعليهما أن يتوسعا فيما يقوله الطفل. مثلاً إذا أشار الطفل وقال سيارة يجب على ولي الأمر ان يقول (آه، أنا أرى تريد سيارة).
- على الأب أن يضيف معلومات جديدة كأن يقول (هذه سيارة صغيرة) (اعمل على وصف النشاطات اليومية وتوسع فيما يقوله الطفل).
- علم الطفل كلمات ومفاهيم جديدة من خلال النشاطات اليومية. استعمل كلمات جديدة عندما تتسوق أو تتمشى أو تغسل الصحون...الخ قم بتكرار استعمال الكلمات. (حاول دائماً أن تعلم طفلك كلمات ومفاهيم جيدة لتغني بذلك خزينته اللغوية).

- كرر استعمال كلمات الطفل باستخدام طريقة نطق الكبار.
- العب وتحدث: كل يوم يجب أن يخصص الوالدان وقتاً للعب مع الطفل، ويمكن أن يكون اللعب من خلال البحث في الكتب واستكشاف العاب والقيام بالغناء والرسم. على الأب أن يتحدث مع الطفل من خلال هذه النشاطات وأن يراعي مستوى الطفل النمائي. (خصص وقتاً للعب مع طفلك وحدد بعض الألعاب المفيدة لأن الطفل يتعلم من خلال ذلك).



شكل رقم (2-2): للوالدين دور في تشجيع تطور لغة الأطفال وكلامهم

- أقرأ: يجب أن يبدأ الوالدان بالقراءة لطفلهما منذ عمر مبكر (قبل 12 شهراً) ويمكن أن يزود الوالدان أبناءهما فيما بعد بكتب مناسبة لهم ليقرءوها (اقرأ لطفلك وتذكر أنك تعمل كنموذج له).
- تذكر أن القراءة لطفلك تقربك منه وتقربه منك.
- تذكر أن القراءة تعلم طفلك كلماتٍ وأفكاراً جديدة.

ومن الملاحظ أن بعض الأطفال يتمتعون بالنظر إلى الصور في المجلات لذلك امنحهم الحرية لممارسة ذلك (زود الطفل بمواد تعليمية لافتة للانتباه كصور أو قصص مفيدة).

- لا تنتظر: يجب أن يمتلك الطفل المهارات التالية وفي تلك الأعمار:
  - 18 شهراً: 3 مفردات.
  - سنتان: 25 إلى 30 مفردة وجملا عديدة مكونة من كلمتين.
  - سنتان ونصف: 50 مفردة وجملا تشتمل على كلمتين.
- راقب تطور الطفل الكلامي واللغوي.

وإذا لم يمتلك الطفل هذه المهارات أخبر الطبيب، فيقوم بإحالته إلى أخصائي سمع وأخصائي كلام ولغة. وتساعد اختبارات فحص اللغة والكلام والسمع على فهم أفضل لتطور الطفل اللغوي (إلجأ إلى المختص دائماً ولا تأخذ النصيحة من غيره) (الزريقات، 2010).

لقد أشار الزريقات (2010) إلى أن الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع (ASHA, 1997-2000) قدمت مجموعة من الأنشطة المساعدة للوالدين لتشجيع تطور الكلام واللغة لأطفالهم وفقاً لعمر الطفل وذلك على النحو التالي:

من الولادة وحتى ستين

- شجع الأصوات الصائتة والأصوات الصامتة لدى الطفل مثل، دا، با، ما.
- عزز وشجع المحاولات من خلال المحافظة على تواصل بصري والاستجابة بالكلام فقد ترفع من طبقة صوتك لتشير إلى تساؤل.
- قلد ضحك الطفل وتعبيرات وجهه.
- علم الطفل أن يقلد ما تقوم به من مثل التصفيق بالأيدي واللعب بأشياء من خلال الأصابع.
- تكلم مع الطفل عندما تناوله الطعام أو أثناء مساعدته في ارتداء ملابسه الخاصة وتكلم معه حول ماذا تفعل؟ وأين أنت ذاهب؟ وماذا سوف تعمل عندما تصل؟ وماذا سوف ترى؟
- حدد الألوان.
- احسب الجمل.
- استعمل الإيماءات مثل إشارة مع السلامة لتساعد في إعطاء المعنى.
- اعرض أصوات الحيوانات واربطها بالمعنى الخاص بها كأن تقول: الديك يصيح كوكوكو...
- اشكر وامدح المحاولات على التواصل.
- توسع في معنى الكلمات المفردة مثل: هذه هي ماما، ماما تحبك؟ أين الطفل؟ هنا الطفل؟؟

- اقرأ للطفل، أحيانا تقرأ للطفل قصة من خلال الصور وليس بالضرورة قراءة النص، واختيار كتب أو قصص تحتوي على صور ملونة وجذابة للطفل واسأل الطفل عن هذه الصور وعن التشابه في الأشياء.

من عمر سنتين إلى أربع سنوات:

- استعمل كلاما جيداً وبسيطاً وواضحاً مع الطفل حتى يقلده.
- أعد ماذا قال الطفل للتأكد من أنك تفهم ماذا قال، وطور ووسع ماذا قال الطفل، فقد يقول الطفل هذا عصير، وأنت قد تقول مثلا هذا عصير تفاح.
- استعمل كلام الطفل فقط إذا كانت هناك حاجة لإيصال رسالة مصاحبة لكلام الكبار.
- وفر كتاباً للطفل يحتوي على الصور المفضلة له وصنفها مثل وضع المركبات مع بعضها البعض والمواد التي تؤكل مع بعضها والحلوى مع بعضها وهكذا.
- ساعد الطفل على الفهم والتساؤل والعب معه لعبة نعم ولا من خلال أسئلة مثل هل أنت احمد؟ وشجع الطفل على سؤال أسئلة يحاول أن يموهك من خلالها.
- اسأل أسئلة تتطلب الاختيار مثل تريد تفاحاً أو برتقالاً؟
- وسع المفردات وعرف الطفل بأجزاء الجسم المختلفة وعرفه بوظائفها مثل هذا أنفي، أنا أستطيع أن أشم الطعام ورائحة العطور.
- غن أغنيات بسيطة للطفل وتلاعب بإيقاع الأغنية لتبين للطفل أنماط الكلام.
- ضع الأشياء المتشابهة مع بعضها البعض في صندوق خاص بها وافتح المجال للطفل كي يحرك هذه الأشياء ليتعرف عليها فقد تقول للطفل، هذه طابتي العب بها.
- استعمل صوراً لأشخاص وأماكن متشابهة واطلب منه أن يخبرك ماذا يحدث إذا غيرت الصور وما هي القصة الجديدة.

من عمر أربع إلى ست سنوات:

- احصل على انتباه الطفل قبل البدء بالمحادثة.
- شجع وامدح محاولات الكلام وبين للطفل فهمك للكلمة أو الجملة وذلك باستجابة مناسبة.

- توقف بعد الكلام، وهذا يعطي الطفل الفرصة لمتابعة المحادثة.
- استمر في بناء مفردات الطفل وزوده بالتعريفات واستعمالاتها لتكون سهلة الفهم كأن تقول سوف استخدم السيارة للذهاب إلى السوبر ماركت فأنا تعبت من المشي.
- تحدث عن العلاقات المكانية مثل (الأول، المتوسط، الأخير) (اليسار، اليمين) والمتضادات مثل (أعلى، أدنى) (مشغل، مقفل)
- قدم وصفاً لما تريد وافتح المجال للطفل لأن يحدد ما وصفت كأن تقول ما هو الشيء الذي تستخدمه للمسح (المساحة).
- اعمل تصنيفات للأشياء وحدد الأشياء التي لا تنتمي للمجموعة المتشابهة مثلا الكتاب لا ينتمي إلى التفاح أو البرتقال لأنها تؤكل، إنه ليس مستديراً وليس فاكهة.
- ساعد الطفل لأن يتبع تعليمتين أو ثلاث تعليمات، كأن تقول للطفل: اذهب إلى غرفتك واحضر لي الكتاب.
- شجع الطفل على إعطاء تعليمات واتبع تعليماته مثلا لبناء برج من المكعبات.
- العب مع الطفل بعض الألعاب مثل لعبة (المنزل) تبادل أدوار الأسرة وتظاهر بأنك طفل وتكلم عن الغرف المختلفة والأثاث.
- التلفاز أيضاً يستخدم كأداة مفيدة كأن تتحدث عن ماذا يشاهد الطفل واحصل على توقعاته حول ماذا سوف يحدث فيما بعد. وتحدث عن الممثلين وهل هم سعداء أم حزينون؟ واطلب من الطفل أن يخبرك ماذا حدث في القصة.
- استغل الأنشطة اليومية، مثلاً وأنت في المطبخ، شجع الطفل على تسمية الأشياء التي تحتاج إليها وناقش الطعام ولونه ومذاقه وغيرها؟ فقد تقول للطفل من أين يأتي الطعام؟ ما هو طعامك المفضل؟ من الذي سوف ينظف المطبخ.؟ واطلب من الطفل أن يضع أدوات الطعام الخاصة به على طاولة الطعام.
- خلال التسوق، ناقش مع الطفل ما الذي تريد أن تشتريه وكم تحتاج وماذا سوف تعمل، وناقش الحجم (كبير – صغير) والشكل (طويل – مستدير-مربع) والوزن (ثقيل – خفيف) للحقائب (الزريقات، 2010).

النمو الحركي Motor Development

يمتاز الأطفال الصغار بتسارع في نمو المهارات الحركية ويساعد هذا التسارع في النمو الأنشطة الحركية مثل القفز والزحف وركوب الدراجات الهوائية ذات الدواليب الثلاث. كما أن للمعرفة بمظاهر النمو الحركي أهمية خاصة ليس فقط للوالدين ولكن أيضاً للأفراد الآخرين المهتمين بصحة الطفل، وهذا يساعد الوالدين في توفير أنشطة حركية منظمة حتى تساعد الأطفال على تشجيع النمو الحركي لديهم (Turner and Helms, 1991; Raver, 2009).

وترتبط القدرة الحركية بالنمو المعرفي للطفل، وبشكل رئيسي فإن الأطفال الصغار يعتمدون على الكبار في استمرار حياتهم. وخلال السنوات الأولى التعليمية من العمر فإن الأطفال الصغار يظهرون معالم نمائية حركية بارزة. ولقد أشار بياجيه Piaget إلى أن الأطفال الصغار يكتشفون البيئة من حولهم خلال النشاط الجسمي أو سلوكيات حب الاستطلاع لديهم. كما أن قدرات اللعب أيضاً تتأثر بالنمو الحركي، فعلى سبيل المثال، الأطفال الذين لا يستطيعون التقاط الكرة وضربها لا يدعون إلى ممارسة اللعب بل يستثنون من ذلك. وكما أشرنا سابقاً بأن النمو الحركي يتأثر بالنمو المعرفي فإن النمو الحركي أيضاً يساهم في النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية، وهناك نوعان من المهارات الحركية وهما المهارات الحركية الكبيرة والمهارات الحركية الدقيقة. ويعود النمو الحركي الكبير Gross motor Development إلى كيفية تعلم الأطفال تحريك العضلات الكبيرة في أجسامهم، وتتشابه الحركات الكبيرة من مراحل تطورها لدى كافة الأطفال، إلا أن المعدل قد يكون فيه تنوع كبير. ومع تأثر الحركات الكبيرة بالوراثة فإن للعوامل البيئية أيضاً دوراً كبيراً في تطورها. فالأطفال الذين يعانون من التهاب الأذن الوسطى توجد لديهم صعوبات في تعلم التوازن أثناء المشي. أما النمو الحركي الدقيق Fine motor development فهو يشتمل على مجموعات عضلية صغيرة ويتضمن حركات مثل الوصول إلى الأشياء والكتابة. وكما في الحركات الكبيرة فإن الحركات الدقيقة تأخذ نفس التسلسل النمائي لدى كافة الأطفال مع وجود فروقات في معدلات النمو. وتلعب المظاهر النمائية المعرفية والكلامية واللغوية

والحركيـة دوراً كـبيراً ومباشـراً في النمـو الاجتمـاعي والانفعـالي (Sage, 1997). ويوضح الجدول الآتي المعالم الحركية النمائية:

جدول رقم (2-3) المعالم النمائية الطبيعية لنمو الحركات الكبيرة.

العمر	الأنماط النمائية
الميلاد – ستة شهور	• يجلس بمساعدة. • يدعم رأسه في وضع الجلوس. • يرفع يديه ورجليه. • يتشقلب.
من ستة شهور – سنة	• يجلس وحده. • يتحرك ببطء. • يسحب نفسه من الجلوس في وضع مستقيم. • يقف دون مساعدة الأشياء أو استخدامها.
عمر السنة	• المشي دون مساعدة. • يتسلق على الأثاث المنخفض. • يصعد الدرج بمساعدة. • يسحب أو يدفع الألعاب ذات العجلات. • يضرب الكرة. • يمسك الكرة المتدحرجة بين قدميه أثناء الجلوس.
عمر الثانية	• المشي بصعوبة على أصابع قدميه. • يقفز باستخدام كلا القدمين بالتزامن. • يصعد الدرج بمساعدة مقابض حماية الدرج الحديدية • يقود دراجة هوائية ذات ثلاث عجلات. • يمشي على رؤوس أصابعه. • يضرب الكرة للأمام دون فقدان التوازن. • يرمي الكرة بالأيدي إلى مسافة من خمسة إلى سبعة أقدام.

العمر	الأنماط النمائية
عمر الثالثة	• يرمي الكرة إلى شخص كبير لمسافة خمسة أقدام. • الركض دون السقوط أرضاً. • الوقوف على قدم واحدة. • يمشي للخلف لعدة أقدام. • يحرك الكرسي ليصل إلى الأشياء • يقود دراجة هوائية ذات ثلاث عجلات باستخدام البدالات ودون مساعدة الكبار. • يمشي للخلف بسهولة. • يمشي على قدم واحدة وباتزان بينما تكون القدم على الأرض.
عمر الرابعة	• يمشي على الدرج مثل الكبار ويبدل القدمين على نحو مناسب. • يركض بسهولة مع تغيير في سرعته. • ينطنط الكرة. • يمسك الكرة بيديه وجسمه. • ينطنط الكرة في الملعب. • يمسك مقبض الشنطة باليد.
عمر الخامسة	• يقف على قدم واحدة. • يقفز. • يصعد الدرج وينزله وهو يحمل الأشياء. • يمسك الكرة بكلتا يديه. • ينطنط الكرة في مكانها. • ينط باستخدام الحبل.
عمر السادسة	• يقفز عن الأشياء بارتفاع 10 إنشات. • يستطيع الوقوف على رأسه. • يركب دراجة هوائية ذات عجلتين مع عجلات التدريب. • يمشي بأمان على دعامة. • يقذف أشياء إلى مكان محدد. • ينطنط الكرة.

جدول رقم (2-4): المعالم النمائية الطبيعية لنمو الحركات الدقيقة

العمر	الأنماط النمائية
من 6-9 شهور	• يمسك الأشياء ويحملها. • يحمل شيئاً واحداً أثناء نظره إلى الآخر. • يضع الأشياء بالفم. • يشعر بالأشياء ويكتشفها في الفم. • يحمل قارورة. • يهز الألعاب. • يعلب بيده.
9-12 شهراً	• يطعم نفسه بأصابعه. • يستعمل اصابعه لمسك الأشياء. • ينقل الأشياء من يد إلى أخرى. • يحمل شيئين في يد واحدة.
12-18 شهر اً	• يبني هرماً من قطعتين. • يصفق بيديه. • يلوح بيديه إشارة مع السلامة. • يغرف بالملعقة. • يضرب شيئين ببعض وهما محمولان بيديه. • يضع الأشياء الصغيرة في صندوق خاص بها. • يشخبط (كتابة).
18 شهراً – ستتان	• يضع الحلقات الدائرية في أعمدة لها. • يحرك العامود من لوحة الأعمدة. • يضع علامات بالقلم على الورق. • يبني هرماً من ثلاث أو اربع قطع. • يفتح الأشياء المغلقة البسيطة.
عمر الثانية	• يلعب بالطين. • يغلق الباب ويفتحه. • يلتقط أشياء صغيرة. • ينهي أحجية من ثلاث قطع.

العمر	الأنماط النمائية
	• يشخبط. • يقص الورق بالمقص. • يستخدم الملعقة بكفاءة.
عمر الثالثة	• يرسم دائرة بعد رؤية نموذج لها. • يضع خرزاً في الخيط. • يقص على اتجاه الخط. • يصنع من الطين كرة أو كعكة. • يصنف الأشياء.
عمر الرابعة	• يرسم خطوط أفقية وعامودية. • يقص أثناء تحريك الورقة. • يكمل أحجية من خمس قطع. • يستخدم الشوكة بكفاءة. • يلبس ويخلع ملابسه دون مساعدة. • رسم تقاطع (+) عندما يرى نموذجاً لها.
عمر الخامسة	• يمسك القلم بشكل صحيح. • يكتب كلمات بسيطة. • يقص دائرة. • يفتح القفل بالمفتاح. • يصنع أشياء ذات دلالة من الطين. • يرسم معيناً عندما يرى نموذجاً.
عمر السادسة	• ينسخ اسمه. • يبني هرماً باستخدام قطع صغيرة. • يكمل أحجية من 16-20 قطعة. • يدور قرص التلفون. • يستعمل السكين ليقطع الطعام غير القاسي. • يرسم شخصاً ذا ستة إجزاء او اكثر. • يرسم خطاً باستخدام المسطرة.

.(Sage, 1997, P.39-40)

مبادئ النمو الحركي

هناك سبعة مبادئ أساسية تحكم التسلسل في النمو الحركي وهي:

1. **النمط الراسي Cephalocaudal Pattern**

وهذا المبدأ يشير إلى أن العضلات تتطور من الرأس إلى الأقدام. فالطفل على سبيل المثال يسيطر على عضلات رأسه قبل أجزائه السفلى. كما أن الأطفال يقذفون الأشياء قبل مسكها.

2. **المركز إلى الأطراف Proximal – distal Pattern**

فالنمو العضلي يبدأ على سبيل المثال من الأكتاف إلى حركات الكوع ثم الرسغ.

3. **العام إلى المحدد Mass to Specific Pattern**

يشير هذا المبدأ إلى أن النمو يبدأ بشكل عام ثم يأخذ بالتحديد، وعندما يتعلم الطفل مهارات جديدة فإنها تأخذ وقتاً لمنع الحركات غير المطلوبة.

4. **النمو الحركي الكبير إلى الدقيق Gross Motor to Fine Motor Patterns**

الأطفال يبدؤون سيطرتهم على العضلات الكبيرة قبل العضلات الدقيقة. كما أن الأطفال يكتسبون سيطرة على عضلات لحركات جزء من العضو لا يماثلها تحرك للحركات نفسها في الجزء الثاني، ما لم يكن ذلك مطلوباً.

5. **استخدام الكامل للعضلة إلى الحد الأدنى لها**

Maximum to Minimum muscle Involvement Pattern

كما هو الحال من العام إلى المحدد، فإن حركات العضلات تصبح أكثر فعالية مع مرور الوقت، ويتعلم الأطفال التخلص من الطاقة غير الضرورية، فعلى سبيل المثال، الأطفال في البداية يستخدمون كافة أجسامهم لمسك الكرة ثم يتطور هذا باستخدام اليد اللازمة لذلك.

6. **النمط الثاني إلى الأحادي Bilateral – to – Unilateral Pattern**

حيث يتطور الأطفال من الاستخدام غير المحدد لكلي جانبي الجسم إلى الاستخدام الأحادي المفضل.

7. نمط التطور المنتظم **Orderly Development Pattern**

فعلى الرغم من اختلاف الأطفال في معدلات نموهم إلا أنهم يمرون بأنماط نمائية متشابهة إذا كانت ظروفهم البيئية مناسبة ولا يوجد عيوب عضوية (Cook, Tessier, Armbruster, 1987).

تكييف الأنشطة لتحسين المهارات الدقيقة ومساعدة الذات



شكل رقم (2-3): نشاط اللعب يساعد في تسهيل النمو الحركي

يعتبر تكييف الأنشطة لتحسين المهارات الدقيقة ومساعدة الذات من الركائز الأساسية الواجب أخذها بالاعتبار في أي برنامج تربوي حركي. وهذا يساعد في النهاية على توفير أنشطة تعليمية تمكن الطفل من المشاركة فيها والتطور من خلالها. فعلى سبيل المثال الطفل الذي يعاني من مشكلات عضلية عصبية، فإن مهارات مساعدة الذات تصبح من المهارات التي يجب الاهتمام بها من قبل الأشخاص القائمين على رعاية الطفل، فاستعمال الأيدي المحدد والتحكم بالرأس الضعيف والتوازن الضعيف في الجلوس كلها مشكلات تتدخل سلباً مع تطور مهارات مساعدة الذات وكذلك تعلم أنشطة إيجاد الطعام وإطعام الذات والتي غالباً ما تحبط الوالدين في تعليمها لأطفالهم.

إن مثل هذا النوع من الظروف والحالات الصحية تتطلب جهوداً إضافية حتى نتمكن من استغلال مصادر التعلم الموجودة في البيئة. وهذا يتطلب أيضاً من البرامج التربوية لذوي الحاجات الخاصة أن تحدد المعوقات المسؤولة عن التعلم وتسهل آلية تعلم هذه الفئة من الأطفال، وبالتالي تشجع نموها واشتراكها في العملية التعليمية. فعلى سبيل المثال بيئة الصف يمكن أن تعدل لتسهل التحرك المستقل للأطفال ذوي الإعاقات الحركية، وكذلك فإن توفير أدوات لعب مناسبة وأنشطة أخرى يمكن القيام

بها يساعد في تحقيق الاستقلالية والتعلم. وفيما يلي بعض الأنشطة التي يمكن القيام بها وتساعد في تحقيق نمو حركي أفضل:

1. استخدام تعليمات محددة للقيام بالسلوك الحركي.
2. ممارسة أنشطة حركية كل يوم.
3. تبديل للأنشطة التي تتطلب الجهد بأخرى تتطلب الاسترخاء.
4. الاهتمام بكافة مظاهر الأنشطة الحركية وكافة الحركات الممكنة.
5. استخدام أوضاع جسمية متنوعة في الأنشطة الحركية خلال أدائها.
6. ممارسة أنشطة حركية مع مجموعة أو مع شخص آخر.
7. يجب عدم استخدام الأجهزة دائماً أو الموسيقى وهذا لا يعني أنها ليست مهمة. فالأطفال يحتاجون إلى وقت للتركيز على نشاط أجسامهم.
8. استخدام التكرار عند إعطاء التعليمات وهنا يفتح المجال للإدراك لفهم الأنشطة.
9. استخدام التلقين الحسي واللفظي في أداء الأنشطة الحركية عندما يكون ذلك ضرورياً.
10. كل الأطفال يحتاجون إلى وقت للاسترخاء أو استراحة بعد القيام بالأنشطة الحركية.
11. استخدام أنشطة منظمة مع أولئك الذين يعانون من ضعف في الانتباه للأنشطة المطلوبة.
12. استخدام تعليمات لفظية واستخدام اسم الشخص إذا كان كفيفاً، وهذا النوع من الطلبة يحتاج إلى أنشطة إدراكية حركية أكثر.
13. استخدام إشارات بصرية مع الطلبة المعاقين سمعياً وفتح المجال لقراءة الشفاه لهم لأن هذا يساعدهم على فهم التعليمات.
14. الأطفال المعاقون حركياً يجب أن يشركوا عندما يكون ذلك ممكناً.
15. ضرورة إشراك كل شخص من ذوي الحاجات الخاصة في ممارسة الأنشطة الحركية الهادفة والممكن الوصول إليها.

.(Cook, Tessier, and Armbruster, 1987; Fewell, 1996, Horn, 1996)

النمو الاجتماعي – الانفعالي Social – Emotional Development



شكل رقم (2-4): التفاعل مع الكبار والاستجابة لهم

يستجيب الأفراد ذوو النمو الطبيعي أو أولئك الذين لا يعانون من إعاقات نمائية إلى معظم الخبرات الاجتماعية، فهم بشكل رئيسي يستجيبون انعكاسيا إلى المثيرات أو الإثارة الجسمية التي يتعرضون لها. فالطفل الرضيع يمسك بالإصبع إذا وضع بين أصابعه أو في راحة يده (كفه) كما أنهم يستجيبون إيجابياً إلى رؤية وجه الإنسان أو سماع صوته.

ففي الستة شهور الأولى من العمر، فإن الطفل يبدأ بالابتسامة والضحك للشخص الذي يوجد معه، ثم يصبح بعد ذلك يستجيب إلى الأشخاص المألوفين في حياته. فالطفل الرضيع عندما يصرخ، فإنه يتوقف عن هذا السلوك عندما يسمع شخصاً آخر يتكلم. كما أن الأطفال الذين يبلغون من العمر تسعة شهور يستجيبون عندما يتكلم شخص إليهم. ومع بلوغ عمر السنة فإنهم يبدؤون بالتفاعل مع الكبار الموجودين في بيئاتهم. كما يبدؤون بإظهار الوعي أو الإدراك للأشخاص الآخرين من حولهم. وما بين السنتين إلى الست سنوات من العمر فإن الطفل يبدأ بتعلم السلوك الذي يدركه من الكبار. وتشتمل انفعالات الطفل في هذا العمر على الخجل والإثم والتعاطف. كما يزداد لديهم سلوك مساعدة الآخرين والدخول في علاقات تعاونية معهم. ومع التقدم في العمر، فإن المهارات الاجتماعية تتطور أكثر ويبدأ الطفل بإظهار سلوك الغيرة من عمر الثالثة وكذلك التعاون والتعاطف والمساعدة.

ومع نضج الطفل، فإن تطور المهارات الاجتماعية والانفعالية يصبح أكثر تعقيداً وأقل تنبؤ. وعند بلوغ عمر الرابعة يظهر الأطفال اهتماماً بالأطعمة المفضلة والملابس الخاصة بهم وتشتمل الانفعالات في هذا العمر على الفخر والرضا الذاتي والإصرار، ومع سن السادسة يصبح الأطفال أكثر حماساً وطاقة.

ويعتبر سلوك اللعب Play، من السلوكيات المهمة خلال مرحلة الطفولة المبكرة أو سنوات ما دون المدرسة. فمن خلال اللعب يكتشف الأطفال البيئة من حولهم ويظهروا الاستمتاع بالتفاعل مع الأطفال الآخرين. ويميز اللعب سلوك الأطفال ما بين الثانية وحتى السادسة حيث يعتبر من الأنشطة الرئيسية خلال هذا العمر. ويشجع اللعب مظاهر النمو العقلية والحركية والاجتماعية والانفعالية. ومن خلال اللعب فإن الأطفال يتعلمون عن الأشياء التي يمارسونها وما هي المهارات الواجب تطويرها. وإضافة إلى ذلك فإن اللعب يساعد في تكوين الأصدقاء.



شكل رقم (2-5): باللعب يكتشف الأطفال البيئة من حولهم

أما بالنسبة لمفهوم الذات Self concept فإن الأطفال بعد السنة الثانية من العمر يطورون سلوك المشاهدة لصورهم أكثر من صور الآخرين ومع بلوغ السنة الثانية والنصف من العمر فإن الأطفال يستخدمون مسميات لوصف بعضهم ووصف الآخرين. مثل هذا رجل أو هذا طفل. وفي هذا العمر فإن معظم الأطفال يختارون الألعاب اعتماداً على نوع جنسهم، فعلى سبيل المثال الطفلة تعلب بلعبة العروس والطفل يلعب بسيارة أو لعبة شاحنة. ويشتمل مفهوم الذات على المعتقدات التي يمتلكها الفرد عن خصائصه. فالأطفال الصغار يسلكون على نحو مشابه أو يقلدون الكبار المهمين في حياتهم كما يبدؤون بتطوير مدركات حول خصائصهم الفريدة ونحن نتعلم عن مفهوم الذات لدى الصغار من خلال الأوصاف التي يستخدمها الأطفال عن أنفسهم. فعندما نسأل الطفل، من أنت؟ قد يقول، أنا أحمد وعمري أربع سنوات وأنا أستطيع أن أرسم بالألوان صورة جميلة. وقد يشتمل وصف الطفل لذاته على اسمه وعمره وأسرته وممتلكاته ومظهره الجسمي، ويعبر الأطفال دون سن المدرسة عن مشاعرهم عندما ترتبط بالأشياء.

ويرتبط تقدير الذات Self esteem بمفهوم الذات ويشتمل فكرة الطفل عن ذاته، ويساعد تقدير الذات الإيجابي الطفل على السماح له بأداء مهمات جديدة مناسبة لعمرهم، ومع تطور مفهوم الذات لدى الأطفال الصغار فإنهم يصبحون أكثر وعياً بالمديح المقدم لهم ويستجيبون للنقد الموجه إليهم أيضاً فإن فهم الأطفال للانفعالات Emotions المتنوعة يتطور مع مرور الزمن أو تقدم الطفل في العمر. وما بين الرابعة والخامسة من العمر معظم الأطفال يذكرون سبب سعادتهم أو حزنهم أو غضبهم. وعلى نحو عام، فإن الأطفال دون سن المدرسة يظهرون تطوراً في ضبط انفعالاتهم والتحكم بها ويطورون إدراكاً لكيفية تأثير سلوكهم على الآخرين وعلى أنفسهم. كما يطور الأطفال استراتيجيات لضبط انفعالاتهم مثل تغطية الأذنين عند سماع الصراخ. ومع نضج الأطفال فإنهم يراقبون الكبار حول كيفية ضبط مشاعرهم وهذا يساعدهم في تبني وتعلم استراتيجيات جديدة لضبط انفعالاتهم. وهذا يفتح المجال للكبار أن يساعدوا الأطفال على مواجهة الخبرات الصعبة.

أما المعتقدات الأخلاقية Moral believes فإنها تأخذ بالتغير مع تغير النمو المعرفي لتصبح أكثر تعقيداً. وتتشكل المعتقدات الأخلاقية لدى الأطفال من خلال التفاعل مع الآخرين من الأطفال والكبار. فالأطفال الصغار يتعلمون السلوك الاجتماعي المناسب من خلال الخبرات الإيجابية مع الكبار. (Turner and Helms, 1991, Sage, 1997).

ويوضح الجدول الآتي المعالم الاجتماعية والانفعالية الطبيعية

جدول رقم (2-5): المعالم النمائية الاجتماعية الانفعالية الطبيعية

العمر	الأنماط النمائية
من الميلاد وحتى ستة شهور	• الابتسامة مع الأشخاص المألوفين. • التوقف عن الصراخ عندما يتكلم شخص ما. • يبكي عندما يترك الشخص المقدم للرعاية غرفته.
6-9 شهور	• استعمال الأصوات بهدف لفت الانتباه إليه. • يستمتع باللعب مع الآخرين. • يحاول تقليد الآخرين.
9 شهور- وحتى السنة الواحدة	• الاستجابة إلى أصوات الآخرين. • الخجل عندما يكون مع الغرباء. • التركيز على المحادثة.
من 1 – 2 سنة	• التعاون مع الأشخاص المألوفين. • يحتاج إلى طريقته الخاصة.
عمر الثانية	• يريد أخذ إذن الآخرين أو الاستسماح منهم. • يظهر الحب والحنان. • إظهار تعاطف أكثر. • إظهار الصبر. • الإصغاء إلى معنى المحادثة.
عمر الثالثة	• يرغب بأخذ الدور. • لا يرغب بمشاركة الألعاب. • يرغب في طلب المساعدة. • يرغب في الإصغاء إلى الموسيقى أو الأغاني. • يلعب أكثر مع الأطفال في الساحات الخاصة باللعب. • يظهر خبرات الخجل والشعور بالاثم. • يعرف نوع جنسه البشري. • يستمتع بصحبة أو رفقة الآخرين.

العمر	الأنماط النمائية
عمر الرابعة	• يظهر النكتة. • ينشغل بلعب تظاهري أو رمزي. • يساعد الآخرين. • يشارك في اللعب الجماعي. • قادر على قطع الشارع وحده (الانتقال من جهة إلى اخرى). • لديه أصدقاء خياليون.
عمر الخامسة	• يدرك متطلبات الآباء. • غالباً سعيد وواثق بذاته. • احياناً يظهر الخوف. • يلعب ألعاب تنافسية وتعاونية. • يدرك مشاعر الآخرين. • احياناً يكذب ويسرق أشياء صغيرة.
عمر السادسة	• قادر على اختيار أصدقائه. • بريح صديق اللعب الذي يشعر بالحزن. • يستعمل المحادثة مع الأطفال الآخرين والكبار. • يكتسب قواعد وسلوكيات أخلاقية. • يقول أكاذيب. • يريد إنهاء المهمة.

.(Sage, 1997. P44-45)

انشطة مساعدة في تطوير السلوك الإيجابي الاجتماعي

يمكن مساعدة الأطفال الصغار على تطوير سلوكيات إيجابية من خلال:

1. وضعهم في مجموعات لعب تفاعلي ومن نفس المستوى النمائي.
2. إذا كان التعليم ضروريا فإنه يمكن توزيعهم وفقاً لجنسهم.
3. المحافظة على جماعات صغيرة.
4. توفير وسائل مناسبة لأعمارهم النمائية أو طبيعة التفاعل المرغوب.
5. توفير أنشطة ووسائل مناسبة لتحقيق التعاون والتقليد.
6. التخطيط لأنشطة محددة تتطلب التعاون.
7. توفير الأنشطة المرغوبة.

(Cook, Tessier, and Armbruster, 1987; McEvoy and Odom, 1996)

ويوجد في الجدول رقم (2-6) أنشطة مساعدة على تطوير نمو الشخصية وفقاً لمراحل اريكسون Erikson.

جدول رقم (2-6): أنشطة مساعدة لنمو الشخصية وفقاً لمراحل اريكسون

المرحلة	السلوكيات المساعدة من قبل الكبار والمعلمون
الإحساس بالثقة	• الثبات في المعاملة. • لعب ألعاب بناء الثقة. • تعليم الإحساس بعدم الراحة. • تعليم الانفعال المناسب. • تجنب إظهار حب الذات أو الأنانية. • تعليم اتخاذ القرار.
الإحساس بالاستقلالية	• فتح المجال للخبرات والفرص. • منع فقط ما هو مشكلة. • تعليم الاحتمال. • تجنب الخجل. • فتح المجال للطفل لتطوير مهارات من خلال الأنشطة المناسبة. • احترام الفردية
الشعور بالمبادرة	• توفير التخيل. • تشجيع لعب الدور. • عرض نموذج مناسب. • استخدام الحد الأدنى من العقاب، إذا كان ضرورياً. • الحديث عن المشاعر والأحلام. • الإجابة على الأسئلة.

(Cook, Tessier, and Armbruster, 1987)

الفصل الثالث

تقييم الأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة

الفصل الثالث

تقييم الأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة

Assessment of Young Children with Special Needs

Introduction المقدمة

يستند تقييم الأطفال الصغار من ذوي الأحتياجات الخاصة إلى افتراض أن التشخيص وتحديد الإعاقة المبكر سوف يؤديان إلى وضع خطة تربوية تساعد في الوقاية أو خفض الآثار غير المناسبة للإعاقة على الجوانب النمائية والتربوية. كما أنه من غير المناسب أن نقيم الأطفال دون تحديد وإدراك واضح لأثر التدخلات. فالتدخلات العلاجية يجب أن تشتق من التشخيص الدقيق، وهذا من شأنه أن يحقق فاعلية للبرامج العلاجية. لذلك فإن التقييم يوجه عملية تطوير البرنامج وتحقيق معلومات تغذية راجعة عن فاعلية البرنامج.

وفي تقييم الأطفال الصغار فإنه من الأفضل اللجوء إلى أدوات التقييم الرسمية التي تحاول أن تتنبأ بالأداء المستقبلي من الأداء الحالي، وللفروق الفردية بين الأطفال الصغار تطبيقات مختلفة. فأداء الطفل الصغير يصعب أحياناً تفسيره. فبعض الاحتياجات الخاصة مثل الإعاقات الجسمية أو الحسية هي واضحة، بينما غيرها من الإعاقات مثل صعوبات التعلم فإنه ليس من السهل التنبؤ بها خصوصاً إذا كانت الفرص والخبرات التي يتعرض لها الطفل محدودة.

إن محاولة التنبؤ بالنجاح أو الفشل من خلال التقييم على أداء الطفل المستقبلي، هو أقل دقة من تحديد حاجاتهم الفورية. وتعتبر اختبارات الأطفال الصغار محدودة وذلك لأسباب عديدة منها:

1. علامات الاختبارات غير مستقرة ومتقلبة عبر الزمن.

2. علامات تماسك أداء المجموعة أو معيارها والتي تقارن بها غالباً ما تكون محدودة وضعيفة خصوصاً إذا اهتمت بتقييم القدرات العقلية أو النمو الانفعالي. (Scarpati and Gillespie – Silver, 1989).

التقييم: أهدافه وإجراءاته وانواعه

تعريف التقييم

يعتبر مهماً وذلك لفهم شمولية عملية التقييم ويعرف البعض التقييم Assessment على أنه عملية جمع المعلومات بهدف اتخاذ قرار، بينما وصف آخرون التقييم على أنه عملية متعددة المستويات تبدأ بإجراءات الكشف وتستمر خلال عملية التشخيص والتخطيط للتدخلات العلاجية ومراقبة البرنامج وتطوره. إن مثل هذه التعريفات تشير إلى أن التقييم عبارة عن عملية ديناميكية تسمح باتخاذ قرارات متنوعة حول الأطفال المعاقين أو المشتبه بوجود إعاقات لديهم، وهناك العديد من أنواع التقييم التي تجرى لاتخاذ قرارات مختلفة أو تحدد مستويات مختلفة من التدخلات.

أهداف التقييم Assessment Purpose

1. الكشف Screening.
2. التشخيص Diagnosis.
3. الأهلية Eligibility.
4. تخطيط البرامج Program planning.
5. مراقبة التقدم والتقويم Progress monitoring and evaluation.

ويعرض الجدول التالي تعريفاً ووصفاً لنوع المعلومات المجموعة ونوع القرار الذي يتخذ ووقت جمع المعلومات. وتعرض أهداف التقييم المختلفة إجراءات مختلفة وأدوات ومهارات ضرورية للقيام بها. وفي كل حالة فإن إجراءات التقييم المستمر يجب أن تستخدم من قبل أشخاص ذوي كفاءة مهنية في التقييم.

جدول رقم (3-1): أنواع قرارات التقيم

نوع التقيم	نوع المعلومات المجموعة	القرارات المصنوعة	زمن جمع المعلومات
الكشف: وهو إجراء يستخدم لتحديد الأطفال الذين يحتاجون إلى تقيم أكثر عمقاً وشمولية	الإعاقات النمائية أو التأخر النمائي، البصر، السمع، الصحة العامة والجسمية	تحديد هل يحتاج إلى إحالة إلى تقييم أكثر شمولية	قبل دخول البرنامج.
التشخيص: عملية تأثير وجود الإعاقة أو التأخر أو غيابها	أدلة على وجود الإعاقة أو التأخر النمائي وطبيعته ومداه	تحديد فيما إذا كان الطفل لديه إعاقة أو تأخر نمائي	قبل دخول البرنامج.
الأهلية: عملية تشخيص شاملة لتحديد فيما إذا كان الطفل مؤهلاً لخدمات التربية الخاصة	معلومات تشخيصية شاملة مقننة ومعيارية ومقارنة	تحديد هل الطفل مؤهل لخدمات التربية الخاصة كما أشار إليه التقيم	قبل دخول البرنامج.
تخطيط البرنامج: إجراء يستخدم لتحديد الأهداف والنتائج المرغوبة للبرنامج التربوي الفردي أو الأسري الفردي أو كيف يصمم التعليم	أدله على المهارات النمائية للطفل والسلوكيات وتفضيل الأسرة وخصائص الطفل ومصادر الأسرة وقوتها والبدائل العلاجية التي يجب أن يوجد فيها الطفل ومدة التحاقه بها ومتطلباتها	ما نوع الأنشطة والأدوات والأجهزة التي يجب ان تستخدم مع الطفل وما هو نوع التعلم الذي يستخدم معه أو ما هو نوع التفاعل مع الآخرين الذي يجب أن يجري لتحقيق أفضل النتائج	بشكل مكثف في بداية البرنامج وخلال الأسابيع الأولى من التحاق الطفل بالبرنامج وخلال التغيرات التي تحدث على حياته. إن هذا يعتبر عملية مستمرة.

نوع التقيم	نوع المعلومات المجموعة	القرارات المصنوعة	زمن جمع المعلومات
مراقبة التقدم وتقييم البرنامج وهي عملية جمع معلومات حول تطور الطفل ومدى رضا الأسرة عن الخدمات وفعالية البرنامج	أدلة عن السلوكيات والمهارات النمائية مقارنة مع تلك المهارات في بداية البرنامج ومدى رضا الأسرة وهل أشبعت حاجات الطفل أم لا وقدرته على النجاح في البرنامج الملتحق به	تحديد فعالية البرنامج وتحديد التغييرات في مهارات الطفل وسلوكياته لتحديد مدى رضا الأسرة وتقديم فعالية البرنامج ككل	متى تبرز الحاجة إلى ذلك لتحديد فيما إذا كان البرنامج فعالاً، وكذلك في نهاية البرنامج أو السنة أو عندما تشير سياسة الإدارة إلى ذلك.

اعتبارات عامة في التقييم

يتطلب التقييم فريقاً متعدد التخصصات، ويشير الفريق متعدد التخصصات Multidisciplinary Team إلى استخدام اثنين أو أكثر من الأخصائيين ذوي تخصصات متنوعة مثل أخصائي العلاج الطبيعي والتربية الخاصة وأخصائي أمراض الكلام واللغة وغيرهم. ويتألف فريق التقييم من أعضاء الأسرة والأخصائيين في تخصصات متنوعة وذلك للإجابة على أسئلة التقييم ومن المهم في التقييم أن يكون فردياً ويناسب حاجات (احتياجات) الأسرة. وعلى فريق التقييم أن يأخذ بالاعتبار هدف كل تقييم وجمع معلومات أساسية عندما يستخدم كل نوع من أنواع التقييم وفيما يلي بعض الاعتبارات العامة:

1. ما هو هدف التقييم أو لماذا يجرى التقيم، (الكشف، التشخيص، الأهلية، تخطيط البرنامج ومراقبة التقدم)؟.
2. ما هي خصائص الطفل، أو ماذا يشبه الطفل مثل (العمر، اهتماماته، ميوله وغيرها من الخصائص؟.
3. ما هي السلوكيات أو المهارات المهمة بالنسبة لأسرة الطفل مثل (المشي، الحديث، المهارات الاجتماعية، الاستقلالية)؟.

4. ما هي خصائص الأسرة؟.
5. ما هي المهارات والسلوكيات المهمة للطفل في بيئته مثل (المشي، التواصل، التواليت وأخذ الدور... الخ)؟.
6. ما هي التكييفات اللازمة للطفل حتى يظهر أفضل المهارات لديه (مثل استخدام أنظمة التواصل البديل، والجلوس المكيف)؟
7. أين سوف يجرى التقييم مثل (منزل الطفل، برنامج رعاية الطفل، الصف، الملعب...الخ)
8. كيف سوف يجرى التقييم مثل (مكان التنفيذ ومساحته)؟
9. متى سوف ينفذ التقييم مثل (الصباح، بعد الإفطار...الخ)؟
10. من هم الأشخاص المستخدمون في التقييم مثل (الآباء، أخصائيو تربية خاصة في الطفولة المبكرة، أخصائيو الخدمات المساندة)؟ وما هو الدور المفترض لكل منهم.
11. ما هي إجراءات التقييم مثل (المقابلة، الملاحظة، الاختبارات الرسمية)؟
12. ما هي المجالات النمائية التي سوف تقيم مثل المجال المعرفي، اللغوي، الحركي...الخ؟
13. ما هي الأدوات التي سوف تستخدم في التقييم مثل الاختبارات الرسمية وقوائم التقدير، والأدوات المستندة إلى اللعب؟
14. من هو الشخص المسؤول عن تنسيق التقييم مثل (منسق الخدمات، وأخصائي التربية الخاصة في الطفولة المبكرة).

واعتماداً على الإجابة على هذه الأسئلة وتفضيلات الأسرة فإنه يمكن أن تشكل خطة حول عملية التقييم وكيفية تطبيقها مع الطفل وأسرته .(Gargiula and Kilgo, 2000; Ysseldyke and Algozzin, 1995)

انواع التقييم في الطفولة المبكرة

هناك أنواع كثيرة من إجراءات التقييم المستخدمة في تقيم الأطفال الصغار من ذوي الاحتياجات الخاصة. وتنوع هذه الإجراءات مع تنوع الخبرات اللازمة لإجرائها

وعلى نحو عام، فإن إجراءات التقييم في التربية الخاصة يمكن أن توضع في نوعين رئيسين هما:

1. الإستراتيجيات الرسمية Formal Strategies.
2. الإستراتيجيات غير الرسمية Informal Strategies.

وكل من هذين النوعين مستخدمان في كافة مراحل التقييم. فاستراتيجيات التقييم الرسمي تعتبر مفيدة في جمع معلومات لأغراض تحديد الأهلية لخدمات التربية الخاصة. أما إستراتيجيات التقييم غير الرسمية فهي مفيدة في اتخاذ قرارات تعليمية داخل الصف.

1. الإستراتيجيات الرسمية Formal Strategies


شكل رقم (3-1): تقييم الأطفال الصغار

الإستراتيجيات الرسمية، هي إجراءات تقييم منظمة ضمن اعتبارات محددة في التطبيق والتعميم وتفسير النتائج. ومن أكثر الأمثلة المألوفة على إجراءات التقييم الرسمية هي الاختبارات المقننة Standardized tests وهذه أحياناً تعود إلى اختبارات معيارية المرجع Norm – referenced tests وهذه الإجراءات مصممة لمقارنة أداء شخص واحد مع مجموعة معيارية. ولذلك فهي محدودة الاستخدام مع الطلبة الذين يتشابهون مع المجموعة المستخدمة في تطوير الاختبار.

وقد تطبق الاختبارات معيارية المرجع جماعياً أو فردياً وهي كذلك متوفرة لعديد من الموضوعات الأكاديمية والأداء الذكائي وغيرها من مجالات التعلم. وتمتاز هذه الاختبارات بتعليمات تطبيق وتصحيح وتفسير للنتائج واضحة وبسبب ذلك فإن الأداء المهني لهذه الاختبارات يتطلب التدريب واكتساب المهارة في استخدام

الاختبارات المعيارية المحددة. ويعبر عن نتائج الاختبار بمعدلات كمية. ويوفر دليل استخدام الاختبارات المعيارية معلومات حول تطوير الاختبار وعينة التقنين وثبات الاختبار وصدقه. وتستخدم نتائج الاختبارات المرجعية المعيار بطرق عديدة، بما في ذلك توثيق الأهلية لخدمات التربية الخاصة وتحديد جوانب القوة والضعف في التعلم المدرسي.

وقد تصمم - كما أشرنا - الاختبارات معيارية المرجع لتطبق بشكل جماعي أو بشكل فردي، إلا أن إجراءات التطبيق الجماعية لا تتناسب مع ذوي الاحتياجات الخاصة وخصائصهم فالاختبارات الجماعية لا يوصى بتطبيقها مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بسبب ما تتطلبه هذه الفئة من إجراءات خاصة فالطلبة يتطلب منهم القراءة. وأتباع التعليمات والعمل ضمن شروط زمنية محدودة، ولأن الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة غالباً ما يكون لديهم ضعف في هذه المهارات، فإن نتائج الاختبارات تكون غير حقيقية. ولذلك فهي أكثر استخداماً في أوضاع التربية العامة حيث تكون أكثر فعالية وتتطلب وقتاً أقل للتطبيق. وبالتالي فعندما يوجد أفراد ذوو حاجات خاصة في أوضاع التربية العامة فإن التعديلات على إجراءات التطبيق تصبح ضرورية.

أما الاختبارات الفردية فهي المفضلة في التربية الخاصة. وينتهي التطبيق المهني للاختبار بتقرير يوضح جوانب القوة ومظاهر الضعف أو الجوانب التي تحتاج إلى تدريب. فاستخدام هذه الاختبارات يساعد في تحديد أداء الطالب في القراءة والرياضيات والعلوم وغيرها. وفي العديد من الحالات يستجيب الطلبة مشافهة، وبالتالي فإذا كان الطالب يمتلك مهارات كتابية ضعيفة فإنه لا يؤثر على الأداء ما لم يكن الأداء الكتابي هو المستهدف في التقييم. وهناك العديد من إجراءات التقييم الفردية المتوفرة لقياس التحصيل والقابليات وغيرها من المجالات المهمة في مجال التحصيل، هناك اختبارات فردية تمسح مجالات ومهارات أكاديمية متنوعة. كما يوجد اختبارات تقيس مجالاً محدداً مثل قياس القدرة القرائية أو الرياضيات.

2. الإستراتيجيات غير الرسمية Informal Strategies

هناك العديد من إجراءات التقيـيم غير الرسمي المستخدم في الأوضاع التعليمية وذلك بهدف:

أ. تحديد مستويات الأداء الحاضرة للطالب.

ب. توثيق تقدم وتطور الطالب.

ج. توجيه التغيرات في البرنامج التعليمي.



شكل رقم (3-2): تحديد مستوى الأداء

وتمتاز إجراءات التقيـيم غير الرسمية بأنها أقل تنظيماً، أو أن تنظيمها وبناءها يختلفان عن الاختبارات المقننة. فالمعلم قد يقوم بملاحظة سلوك الطالب الذي يعاني من مشكلات سلوكية، أو يعطي الصف اختباراً في الإملاء للكلمات التي تم تعليمها الأسبوع الماضي، أو قد يحدد واجباً بيتياً في الرياضيات. إن مثل هذه الإجراءات يقوم بتحديدها وتصميمها المعلم وليس الناشر أو الاختبار المقنن والمنشور على مستوى تجاري. وتهدف إجراءات التقييم غير الرسمية إلى جمع بيانات ذات صلة مباشرة بالتعليم. وإجراءات التقييم غير الرسمية تمثل جانباً ذاتي أو ذاتية Subjecting تصميم الإجراءات الخاصة بجمع البيانات وكذلك تطبيقها وتصحيحها وتفسير نتائجها. إلا أن الملاحظ أن تفسير النتائج قد يكون في غاية الصعوبة بسبب غياب التعليمات الخاصة بها فهي تفتقر إلى إجراءات تصحيح كتلك الموجودة في الاختبارات المقننة، ومع ذلك فإن نتائجها تتصل بالتعليم لأنه معبر عنها بمصطلحات تعليمية. كما تتنوع الاختبارات غير الرسمية وتشمل إجراءات تقييم أداء الطالب والأوضاع التعليمية، فبعضها يستخدم الطالب مباشرة بينما بعضها الآخر

يعتمد على استجابات المشاركين. وهناك أربعة أنواع من إجراءات التقييم غير الرسمي المباشرة وهي على النحو الآتي:

أ. الملاحظة Observation

وهي من أكثر الأدوات غير الرسمية استخداماً. ففي الملاحظات الصفية يقوم المعلمون بملاحظة ومشاهدة الطالب الذي يمارس أو ينشغل في أداء المهمة التعليمية، وفي معظم الحالات فإن الطلبة يدرسون لأوقات إضافية وذلك بهدف الكشف عن أنماط سلوكياتهم، وقد يستخدم الإجراء مع أي طالب أو مجموعة من الطلبة لأي هدف. إلا أن الأكثر استخداماً هو البحث عن المشكلات السلوكية والاجتماعية. ويتوقف نوع التدريب اللازم لإجراء الملاحظة اعتماداً على نوعها وآلية تنفيذها. وتظهر نتائجها سلوكيات الطلبة. كما قد ترسم نتائجها لتسهيل قراءتها وتفسيرها. كما تعتمد نوعية الملاحظة على دقة السلوك الملاحظ وطرق جمع وتسجيل البيانات. وتستعمل المعلومات لأهداف تعليمية أو لتوجيه عملية التغيير في البرنامج التعليمي.

ب. التقييم المستند إلى المنهج Curriculum – Based Assessment

ويصمم هذا النوع من التقييم غالباً من قبل المعلم وذلك بهدف جمع معلومات عن تقدم الطلبة في المنهج الصفي وهناك أنواع مختلفة من أساليب التقييم التي تستند إلى المنهج مثل:

- تحليل المهمة Task analysis.
- تحليل عينة العمل Work Sample analysis.
- القوائم غير الرسمية Criterion – referenced tests.
- القياس المستند إلى المنهج Curriculum – based derangement.

فتحليل المهمة يستند إلى تحديد عناصر المهمة التعليمية ووصف عناصرها، أو مكوناتها بشكل سلسلة تعليمية مناسبة. أما تحليل عينة العمل فيتضمن تقديم الإنتاج الذي يحققه الطالب حيث يقيم المعلم الأداء الصحيح والأداء غير الصحيح في إنتاج الطالب أو أفكاره، وهذه النتائج تشبه نتائج كافة إجراءات التقييم المستندة إلى المنهج والتي تحول مباشرة إلى خطط تعليمية.

وتقيس القوائم غير الرسمية عينة من مهارات الطالب أو معارفه في بعض مجالات المنهج. فعلى سبيل المثال، مع نهاية وحدة في كتاب قد يضع المعلم أسئلة تقيس محتوياته الرئيسية المغطاة في عملية التدريس وذلك بهدف تحديد إتقان الطالب للمحتوى.

وتختلف اختبارات محكية المرجع من حيث أنها تهدف إلى مقارنة أداء الطالب ومستوى محدودية الإتقان أو التحصيل، فقد يكون الهدف هو أن الطلبة سوف يكونون قادرين على كتابه جملة صحيحة قواعدياً، ولغايات تحقيق هذا الهدف يطلب المعلم منهم كتابة جملة أو أكثر، ومن ثم يقيم استجابات الطلبة باستخدام محكات تقييم محددة.

وتتطلب اختبارات محكية المرجع الوقت في التقييم والتطبيق كما أنها تزودنا بمعلومات تعليمية مناسبة، وبينما إجراءات محكية المرجع تقارن أداء الطلبة بالطلبة الآخرين فإن الاختبارات محكية المرجع تقارن أداء الطلبة بالأهداف التعليمية وكما تشير النتائج إلى هل حققت الأهداف أم لا.

ج. الأساليب المستخدمة للأفراد المزودين للمعلومات (المخبر)

Techniques using informants

وتشتمل هذه الأساليب على القوائم وسلالم التقدير والاستبيانات والمقابلات. والشخص المخبر هو شخص يقدم معلومات مهمة حول الطالب وقد يكون المخبر أحياناً هو الطالب نفسه، وأحياناً آباء الطلبة أو أقرانهم، أو المعلم الذي عمل مع الطالب سابقاً. وتوفر لنا هذه الأساليب معلومات عن التاريخ النمائي للطالب والسلوك التكيفي والحالة السلوكية الحاضرة والتطور خلال المنهج المدرسي.

د. المناهج الدمجية Combination Approaches:

والمناهج الدمجية مستخدمة أيضاً كشكل من أشكال التقييم غير الرسمي، وعندما يكون استخدام إجراء واحد من إجراءات التقييم غير الرسمية غير مفيد في جميع المعلومات. ومن الأمثلة على هذا النوع من التقييم تقييم المعلومات Portfolio الموثقة أو السجلات، ففي هذا الأسلوب تجمع أعمال الطالب لتحديد التغيرات في أدائه عبر الوقت وتوثيقه.

وتقييم الملفات هو منهج دمجي لأن كل أشكال التقيـيم غير الرسمي قد تـستخدم أو استخدمت لتحديد التغيرات في أعمـال الطالـب المجموعـة، أو قـد تـستخدم حتى الإجراءات الرسمية. فعينات أعمال الطالب واختبـارات التحصيل التي صـممها المعلم وقوائم التعزيز ونتائج الملاحظات والمقابلات والاستبانات كلها قد تكون مـستخدمة. ويجرى التقيـيم من خلال النظر في التغيرات التي طرأت على أداء الطالب.

ولأن إجراءات التقيـيم غير الرسمية تتصل بوضوح بالمنهج فالمعلومات والنتائج تكون ذات أهمية بالغة، وهذا لا يعني أن التقيـيم الرسـمي دائماً مناسب لكافـة الطلبـة ذوي الاحتياجات الخاصة. فإجراءات التقيـيم غير الرسـمية لها محددات كتلك الموجودة في الاختبارات الرسمية الجماعية. فعلى سبـيل المثال، الاختبار الـسريع قد يحدد بوقـت أو أن الواجب في الرياضيات يتطلب مهارات القـراءة والكتابـة. وكمـا هـو الحـال في الاختبارات الرسمية فإن التعديلات تصبح ضرورية.

(Mcloughlin and Lewis, 2008; Ysseldyke and Algozzine, 1995; Olson Platt, and Dieker, 2008; Salvia and Yssldyke, 2004)

تحديد الأهلية Eligibility

يعتبر الأطفال الصغار الذين تتراوح أعمارهم من الميلاد وحتى سن الثانية مـن العمر والذين يعانون من تأخر نمائي في واحدة أو أكثـر مـن المجـالات النمائيـة التاليـة أطفالاً مؤهلين لخدمات التربية الخاصة:

1. النمو المعرفي.
2. النمو الجسمي بما فيه النمو البصري والسمعي.
3. النمو الاجتماعي والانفعالي.
4. نمو التواصل.

كما يعتبر الأطفال مـؤهلين لخـدمات التربيـة الخاصـة إذا شخـصوا بمـشكلات جـسمية أو عقلية نتيجة للتأخر النمائي. والأطفال المؤهلون لخـدمات الطفولـة المبكـرة هم الأطفال الذين يعانون من الإعاقـات التاليـة وذلـك وفقـاً لقـانون تعلـيم الأفـراد المعاقين الأمريكي IDEA:

1. التوحد Autism.
2. الأصم المكفوف Dent – Blindness.
3. الصمم Deafness.
4. الإعاقة السمعية Hearing Impairment.
5. الإعاقات الصحية الأخرى Other health impairment.
6. الإعاقات المتعددة Multiple disabilities.
7. الإعاقات العظمية العضلية Orthopedic impairment.
8. الاضطراب الانفعالي الشديد Serious emotional disturbance.
9. صعوبة التعلم المحددة Specific Learning disability.
10. الإعاقة الكلامية أو اللغوية Speech or Language impairment.
11. إصابة الدماغ الناتجة عن الصدمات Trauma brain injury.
12. الإعاقة البصرية Visual Impairment.

كما أن الأطفال الذين يعانون من حالات عقلية وصحية ولها احتمالية عالية أن تؤدي إلى تأخر نمائي هم أيضاً مؤهلون لخدمات الطفولة المبكرة.

أما عوامل الخطر البيولوجي Biological risk Factor مثل الخداج Prematurely المرتبطة بانخفاض الوزن وإصابات الجهاز العصبي وصعوبات التنفس الطويلة والجنين للأم الحامل التي تتناول الكحول أو المخدرات، فإن هذه العوامل ليس شرطاً أن تشخص بالمشكلات الجسمية ولكنها، قد تكون دليلاً على أن الطفل قد يواجه مشكلات خلال مراحل عدة.

أما عوامل الخطر البيئية Environmental risk tactors فهي عوامل تضاف إلى عوامل الخطر البيولوجية وتشمل هذه العوامل:

1. أنماط تفاعل مع الطفل ضعيفة.
2. مستوى تعليمياً منخفضاً.
3. معدل وفيات في الأعمار الصغيرة.

4. الأسر غير الوظيفية أو غير المنظمة.
5. شبكات الدعم الأسرية المحدودة أو القليلة (Overton, 2006)

إجراءات التقييم Assessment Procedures

ينظر إلى التقييم على أنه إجراءات مستمرة ومتواصلة يقوم بها شخص يمتلك الكفاءة، بهدف تحديد أهلية الطفل لخدمات التربية الخاصة. ووفقاً لقانون تعليم الأفراد المعاقين الأمريكي IDEA فإن التقييم:

1. يجب أن يقدم لكل طفل ذي حاجة خاصة كما أنه حق لأسرته.
2. يجرى تقيم متعدد التخصصات لتحديد جوانب القوة والاحتياجات الخاصة.
3. يعتبر التقييم المستند إلى الأسرة من حيث مصادرها وخصائصها وحاجاتها ضرورياً لتحديد الدعم والخدمات الضرورية بهدف تقوية الأسرة في مواجهة حاجاتها النمائية والخاصة بطفلها.

كما أن خطة خدمة الأسرة الفردية individual family service plan (IFSP) يجب أن تطور لكل طفل وأسرته وهذه الخطة الأسرية يجب أن تشمل الآتي:

1. مستوى الأداء الحاضر أو الحالي للطفل في مظاهر النمو الجسمي والمعرفي والتواصلي والاجتماعي الانفعالي والنمو التكيفي وذلك اعتماداً على معايير موضوعية.
2. مصادر الأسرة وخصائصها وتحدياتها ذات الصلة وذلك بهدف تقوية وتطوير أسرة الطفل ذي الاحتياجات الخاصة.
3. النتائج الأساسية المتوقعة للطفل وأسرته والمعايير والإجراءات المستخدمة في تحديد درجة التقدم في تحقيق النتائج وتحديد التعديلات الضرورية على النتائج أو الخدمات.
4. خدمات التدخل المبكر الضرورية لتحقيق الاحتياجات الخاصة للطفل المعاق وأسرته بما في لك طرق تقديم الخدمات.

وبالإضافة إلى ذلك فإن الخطة يجب أيضاً ان تشتمل على:

1. تفاصيل كيفية تقديم الخدمات للطفل في البيئة الطبيعية له.
2. تحديد المدى الذي يجب أن تقدم به الخدمات ومتى لا تقدم وذلك في الظروف البيئية الطبيعية.
3. تحديد التاريخ المتوقع لبدء تقديم الخدمات ومدتها المتوقعة.
4. تحديد من سوف يقدم الخدمات.
5. تحديد الخطوات التي يجب القيام بها لانتقال الطفل إلى خدمات ما قبل المدرسة أو غيرها من الخدمات.

وتراجع الخطة الأسرة الفردية مرة كل ستة شهور أو أكثر وذلك وفقاً لاحتياجات الطفل. وعلى نحو عام فإن خطة الأسرة الفردية IFSP تقيم مرة كل عام على الأقل.

ويجب أن يخضع تقييم الطفل ذي الاحتياجات الخاصة إلى التعليمات والتشريعات القانونية من حيث ضرورة أن يكون التقيم متعدد التخصصات وإجماع الوالدين عليه وسرية وسلامة الإجراءات المستخدمة. فعلى سبيل المثال يتطلب قانون تعليم الأفراد الأمريكي IDEA تقييماً سنوياً وذلك لسرعة نمو الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة (Overton, 2006).

طرق تقييم الطفولة المبكرة

Methods of Early childhood Assessment

يتطلب تقيم الأطفال الصغار كما ذكرنا أشخاصاً ذوي كفاءات عالية. فعلى سبيل المثال تقييم البصر والسمع والكلام والحالة الطبية هي ضرورية يقوم بها فريق متعدد التخصصات، كما تشمل إجراءات التقييم الاستبانات والملاحظات والمقابلات وقوائم التقدير وإجراءات قياس القدرات الوظيفية المعرفية واللغوية.

تقييم الأطفال الرضع Assessment of Infants

تعتبر المعالم النمائية الموثقة والتاريخ الصحي المسؤولية الأولية لأخصائي الصحة، فالأطفال الرضع قد يشك في أن لديهم تأخراً، فتاخر نمائي أو أنهم عرضة

لخطر التأخر النمائي إذا كانت هناك دلائل أو إشارات خاصة بذلك. وعلى نحو خاص فإن المؤشرات الآتية تؤخذ في الاعتبار لتقييم الأطفال الرضع:

1. الاضطرابات المنتظمة مثل اضطرابات النوم والصراخ المفرط وصعوبات الأكل وضعف تحمل الإحباط والإثارة الذاتية والحركات غير الاعتيادية.
2. الاضطرابات الاجتماعية البيئية مثل الفشل في تميز الأم والانسحاب الاجتماعي وغياب التعابير والاهتمامات في التفاعل الاجتماعي والسلبية المفرطة وغياب الاهتمام باللعب أو الأشياء وإساءة المعاملة والإهمال والانفصال المتكرر أو الطويل.
3. الاضطرابات الفسيولوجية النفسية: مثل فشل إظهار السعادة غير العضوي وأمراض الصدر المتكررة والتقيؤ المتكرر والإسهال المتكرر.
4. التأخر النمائي مثل بعض مظاهر التأخر النمائي المحدد في النمو الحركي، في العضلات الكبيرة وتأخر الكلام والتأخر النمائي العام.

ويجب أن يشتمل التقييم على التاريخ خلال مرحلة الحمل والميلاد، وينظم تقييم الأطفال الرضع والأطفال الصغار من خلال المتغيرات أو العوامل الآتية:

1. متغيرات ما قبل الولادة.
2. متغيرات والوالدين والولادة والمتغيرات البيئية.
3. علاقة الطفل بالشخص الذي يقدم الرعاية.
4. متغيرات الطفل الرضيع وتشتمل على النمو الجسمي والعصبي والفسيولوجي والمعرفي.
5. متغيرات الطفل الرضيع وتشتمل تكوين الأنماط الإنفعالية والعلاقات الإنسانية.

ومن المعالم التي يجب أن نهتم بها في تقييم الأطفال الرضع هي الأنماط المنتظمة Regulatory Patterns أو كيف يستجيب الطفل للمتغيرات في البيئة ومعالجة المعلومات الحسية. وهذا يشتمل على كيفية تفاعل الطفل مع الشخص الذي يقدم الرعاية وكيف يستجيب له، وعادات نوم الطفل ومستوى عدم الاستقرار الانفعالي.

ومثل هذا النوع من التقيم يعتمد على الملاحظات التي تستخدم القوائم ومقابلات الوالدين أو الاستبانات، ومن أشهر أدوات التقييم التي تستخدم الملاحظة في تقيم الأطفال حديثي الولادة مقياس التقيم السلوكي لحديث الولادة الذي طوره برازلتون عام 1984 Neonatal Behavioral Assessment Scale by Brazelton 1984.

ويشتمل هذا المقياس على فقرات أو محكات انعكاسية، وعلى فقرات أو محكات ملاحظة سلوكية، ويستخدم لتحديد حالات الضبط والسيطرة على السلوكيات مثل النوم، كما يشتمل على سلوكيات معقدة مثل الانتباه... ويستخدم هذا المقياس للأطفال حديثي الولادة وحتى بلوغ عمر شهر واحد.

أما مقاييس أو زقيريس – هانت للنمو النفسي Uzgiris – Hunt Ordinal Scales of Psychological Development by Uzgiris and Hunt 1975 فهو يستند إلى الأبعاد النمائية لدى بياجيه ويستخدم لتقييم الأطفال من عمر السنتين. ويغطي هذا المقياس الأبعاد الآتية:

1. التعقب البصري.
2. بقاء الأشياء.
3. التعامل والتفاعل مع عوامل في البيئة.
4. تطور التقليد الصوتي والإيمائي.
5. نمو المخططات ذات الصلة بالبيئة.

ويتطلب هذا المقياس استخدام أدوات عديدة لتقيم استجابات الطفل عليها وتعكس هذه المقاييس تقييماً شاملاً استناداً إلى نموذج بياجيه.

ومن الأدوات الأخرى المستخدمة في تقيم الأطفال الصغار مقياس بيلي لنمو الأطفال Bayley Scales of Infant Development والذي طوره بيلي Bayley عام 1993. ويتطلب هذا المقياس فاحصاً للتعامل مع الأدوات وملاحظة ردود الفعل وسلوك الطفل الرضيع. ويستخدم مقياس بيلي مع الأطفال من أعمار 1-42 شهراً. ويقيس الوظائف العقلية مثل الذاكرة وحل المشكلات والقدرة اللفظية والوظائف الحركية مثل التنسيق الحركي والضبط، كما يشتمل أيضا المقياس على مقياس التقدير

السلوكي. وبالإضافة إلى عينة التقنين التي يشتملها المقياس فإن العينات العيادية أيضاً اشتملت في النسخة المراجعة ومن هذه العينات عينات الأطفال HIV وتعرض الجنين للعقاقير ومتلازمة داون والتوحد والتأخر النمائي والتهابات الأذن الوسطى.

تقييم اطفال بداية المشي والأطفال الصغار

Assessment of toddlers and young children

تعرض المناقشة التالية مسحاً لبعض المقاييس والأدوات المستخدمة والمصممة لتقييم نمو وسلوك الأطفال الصغار.

مقاييس مولن للتعلم المبكر Mullen Scales of Early Learning AGS

تكشف هذه المقاييس عن القدرات المعرفية الوظيفية للأطفال من الميلاد وحتى عمر 68 شهراً. ويتطلب تطبيق المقاييس خبرة في تقييم الأطفال الرضع والأطفال الصغار. كما ويتطلب تطبيقه زمناً يتراوح من 15-60 دقيقة وذلك اعتماداً على عمر الطفل. وتستخدم المقاييس أشياء عديدة مألوفة تهدف إلى الكشف عن القدرات الحركية الكبيرة والقدرات البصرية والقدرات الحركية الدقيقة وقدرات اللغة الاستقبالية والتعبيرية.

وقد صممت أسس النظرية استناداً إلى المراحل النمائية حيث تشتمل المقاييس على فقرات للكشف عن طبيعة المظاهر النمائية التي يمتلكها الطفل وذلك اعتماداً على قوائم النمو المعتمدة.

وقد اشتملت عينة التقنين على 1849 طفلاً وأنجزت عملية التقنين على مدار ثماني سنوات. واستخرجت دلالات صدق وثبات للمقاييس حيث أجريت معاملات ثبات إعادة الاختبار والاتساق الداخلي وثبات المصححين، وقد تراوحت معاملات الثبات من المناسب إلى المنخفضة المناسبة إلى العالية وهذا يعكس عدم استقرار العلامات النمائية في الأعمار الصغيرة جداً. كما استخدم الصدق البنائي والصدق التلازمي والتحليل العاملي.

مقياس وكسلر لذكاء الأطفال دون سن المدرسة والأساسية

The Wechsler Preschool and Primary Scale of In tellgence 3RD Edition

لقد طور مقياس وكسلر لذكاء أطفال دون سن المدرسة للاستخدام مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 2.6 سنة إلى 7 سنوات.

ويزودنا الاختبار بثلاث علامات مركبة للقدرة الذكائية، وهي:

1. معامل الذكاء اللفظي.
2. معامل الذكاء الأدائي.
3. معامل الذكاء الكلي.

وقد ركزت النسخة المراجعة الأخيرة للمقياس على خمسة أهداف رئيسية:

1. أسس نظرية معاصرة.
2. أن يكون مناسباً نمائياً.
3. زيادة استخدامه عيادياً.
4. تحسين خصائصه السيكومترية.
5. زيادة ألفة الاستخدام.

ولتحقيق هذه الأهداف، فقد اشتملت النسخة الأخيرة المراجعة على فقرات للأطفال الصغار، وزيادة عدد الفقرات للأطفال في المجموعات العمرية الأكبر. وقد أصبح بهذه التعديلات مقياساً شمولياً. كما عدلت التعليمات الخاصة بالمقياس والطفل. ويشتمل المقياس على اختبارات فرعية لمجموعات عمرية رئيسية، ويشتمل التقسيم العمري على:

أ. الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2.6 سنة إلى 3.11 سنة.

ب. الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4 سنوات إلى 7.3 سنة.

ويتمتع الاختبار بدلالات صدق وثبات، حيث أجريت له معاملات ثبات الاتساق الداخلي وإعادة الثبات ثبات المقدرين. أما الصدق فالاختبار يتمتع بدلالات الصدق المحكي والتحليل العاملي.

بطارية أو ملفات الكشف المبكر AGS Early Screaning Profiles

تشتمل ملفات الكشف المبكر AGS التي طورها هارسون وزملاؤه (Harrisonetal, 1996) على كشف شمولي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 2-6 إلى 11 سنة. وتطبق بطارية الاختبارات بشكل مباشر على الطفل، كما يعبأ الكشف من خلال الوالدين والمعلمين أو كليهما. وعلى نحو خاص تشتمل بطارية الكشف المبكر على العناصر الآتية:

1. **الملف اللغوي المعرفي**: ويكشف عن القدرات اللفظية للطفل من خلال تسمية الأشياء التي يصفها الفاحص وتصنيف الأشياء واختيار الأشياء المتشابهة وحل أحجيات بصرية من خلال الإشارة إلى الصورة الصحيحة. كما يكشف عن المهارات المدرسية الأساسية مثل الأعداد والمفاهيم الكمية وإدراك الأرقام والأحرف والكلمات.
2. **الملف الحركي**: وتقيم فقرات هذا الملف المهارات النمائية الحركية الكبيرة والدقيقة. حيث تقاس المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة من خلال حركات تقليدية، والمشي على خط مستقيم على سطح واحد، والمشي على الكعب ورؤوس الأصابع. أما الحركات الدقيقة فتشتمل على مسك الخرز ورسم الخطوط والأشكال وإكمال المتاهة.
3. **الملف الاجتماعي ومساعدة الذات**: ويعبأ الاستبيان الخاص من خلال المعلمين والوالدين للكشف عن فهم الطفل للغة المنطوقة والمكتوبة ومهارات رعاية الذات اليومية مثل اللباس والطعام والمهارات المجتمعة وتقييم المهارات الاجتماعية وكيفية تفاعل الطفل مع الآخرين.
4. **المسح النطقي**: ويكشف عن القدرات النطقية من خلال طلب الفاحص من الطفل قول كلمات بهدف الكشف عن نطق الأصوات في بداية ووسط ونهاية الكلمة.

5. **المسح المنزلي ومسح التاريخ الصحي**: وتعبأ الاستبانات الخاصة بالطفل من قبل الوالدين، وذلك لتقييم تفاعل الطفل والأب وأنواع اللعب وقراءة الوالدين للأطفال. والمشكلات الصحية خلال مرحلة الحمل، كما تقيم أيضاً التاريخ الصحي للطفل.

وتتمتع بطارية الاختبارات هذه بدلالات صدق وثبات. فالاختبارات حقق من بنائها من خلال معامل الاتساق الداخلي وإعادة الاختبار وتتراوح معاملات الثبات من المناسبة إلى العالية. أما إجراءات التحقق من صدق بطارية واختبارات AGS فقد اشتملت على صدق المحتوى والصدق البنائي والصدق التلازمي وكانت العديد من معاملات الصدق تقع ما بين منخفضة إلى مناسبة.

مقياس كوفمان للمهارات الأكاديمية واللغوية المبكرة

Kauffman Survey of early academic and language skills (k-Seals)

طور هذا المقياس كل من كوفمان وكوفمان Kaufman and Kaufman عام 1993 ويطبق على فئتين عمريتين هما من الميلاد إلى ثلاث سنوات ومن السادسة إلى الحادية عشرة.

ويشتمل المقياس على قياس الأرقام والأصوات أو الحروف والكلمات. ويتم الحصول على علامات المهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية من خلال تطبيق الاختبارات النوعية للمفردات والأرقام والأحرف والكلمات.

أما علامات المهارات الأكاديمية مثل مهارات الأعداد والأحرف والكلمات فتحسب للأطفال من الذين تتراوح أعمارهم من الميلاد وحتى الخامسة والسادسة وحتى الإحدى عشرة سنة وتستخدم لاختبار الإثارة اللفظية والبصرية.

وقد أجري للاختبار معاملات صدق وثبات. حيث استخدم ثبات الإعادة والاتساق الداخلي. أما إجراءات الصدق فقد اشتملت على الصدق البنائي وصدق المحتوى والصدق التلازمي.

مقياس بريجانس Brigance Screens

طور هذا المقياس من قبل بريجانس Brigance عام 1998 وقد صمم للكشف عن المخاطر النمائية والإمكانات النمائية المتقدمة، ويطبق المقياس على الأطفال الذين

تتراوح أعمارهم من 1.9-7.6 سنة كما يشتمل المقياس على تقديرات الوالدين والمعلمين. وعلى نحو خاص يقيس المقياس الأبعاد التالية:

1. الإبصار.
2. القدرات الحركية والتعبيرية والدقيقة.
3. المفاهيم الكمية.
4. المعلومات الشخصية.
5. المفردات الاستقبالية والتعبيرية.
6. مهارات ما قبل القراءة والقراءة.
7. النطق والطلاقة والنحو.

ويتطلب تطبيق الاختبار 15 دقيقة، ويتمتع بمعاملات ثبات الإعادة والاتساق الداخلي وثبات المصححين. أما الصدق فقد تحقق منه من خلال صدق المحتوى والصدق البنائي والصدق التنبؤي والصدق التمييزي.

المؤشرات النمائية لتقييم التعليم

Developmental Indicators For the Assessment of Learning – 3ed (DIAL-3)

طورت هذه الأداة بهدف الكشف عن الأطفال الصغار المعرضين لخطر الإصابة بصعوبات التعلم. والهدف الرئيسي من هذه الأداة كما يقول مؤلفوها هو تحديد الأطفال الذين يحتاجون إلى تقيم إضافي تشخيصي. ويطبق الاختبار على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 3-6.11 سنة وتقيم الأداة المجالات الآتية:

1. **المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة**: حيث تقيم من خلال القفز والقص وكتابة الاسم وغيرها.
2. **المفاهيم**: حيث تقيم قدرة الطفل على تحديد الألوان وأجزاء الجسم ومفاهيم كبير، وصغير، وطويل وقصير، كما تقيم الطفل في مهارات العد والقدرة على فرز الأشكال وتسميتها.

3. المهارات اللغوية: ويقيم هذا البعد قدرة الطفل على تقديم معلومات شخصية مثل الاسم والعمر وتحديد صور الأشياء وأسماء الأحرف. كما تقيم أيضاً نطق الطفل لتحديد المخاطر المحتملة.
4. مساعدة الذات: وتقيم من خلال استمارة يملؤها الوالدان وتتكون من 15 فقرة.
5. المهارات الاجتماعية: وتقيم من خلال استبانة يملؤها الوالدان.

ويتمتع المقياس بدلالات صدق وثبات. وقد تتراوح معاملات ثبات الاتساق الداخلي ما بين 0.66-0.87 أما معاملات ثبات إعادة الاختبار فقد بلغت للمجموعتين 0.88-0.89. أما الصدق فقد تحقق من خلال صدق المحتوى والصدق التلازمي. (Over ton, 2006).

استعمال التقييم في تصنيف ووضع الطلبة في المكان المناسب

Use Assessment in Classifying and Placing Students

يهدف تصنيف الطلبة والأطفال الصغار من ذوي الاحتياجات الخاصة إلى:

1. تحديد طبيعة وشدة المشكلة أو الإعاقة.
2. تحديد الأهلية لخدمات التربية الخاصة.
3. وضع الطلبة والأطفال الصغار من ذوي الاحتياجات الخاصة في المكان التربوي المناسب.

وتستخدم أدوات ووسائل وإجراءات التقييم المختلفة في تصنيف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ويعتمد تصنيفهم وإطلاق التسميات عليهم Labeling ووضعهم في المكان المناسب Placing في التربية الخاصة على علامات الاختبار المطبق، وكذلك فإن علامات أو نتائج الاختبارات تتأثر أحياناً بعوامل عديدة، فأحياناً قد تفشل هذه الإجراءات في التنبؤ بالسلوك الحقيقي أو كشف القدرة الحقيقية، وقد تظهر مشكلات تصحيح الاختبارات لأسباب مختلفة. فعلى سبيل المثال، بعض الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يفشلون في الأداء على الاختبارات وخصوصاً الاختبارات التي تتطلب الكتابة في موقف الاختبار، كما أن بعض الأطفال يستجيبون جيداً في موقف الاختبار ولكنهم يظهرون مشكلات تعلمية أو سلوكية في الصف أو الأوضاع

الطبيعية. وبالإضافة إلى ذلك فإن نتائج الاختبار تشير إلى المشكلة ولكنها قد لا تكشف بدقة عن مستوى قدرات الطالب أو الطفل. ولهذه الأسباب فإننا نلجأ إلى استخدام نتائج الاختبارات بحذر شديد، كما أننا يجب أن نكون حذرين في تكوين انطباعاتنا الذاتية وآرائنا حول قدرة الطفل وسلوكه وذلك حتى نكون منصفين وعادلين في حكمنا على الطفل وقدراته، وحتى نبتعد عن التحيز الذاتي واتخاذ القرارات التي قد تستند إليها.

وفي الخلاصة فإننا نستخدم التقييم لتصنيف ووضع الأطفال وتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في المكان المناسب بهدف:

1. تشخيص الاحتياجات التعليمية.
2. تحقيق المتطلبات القانونية.
3. حماية حقوق الطفل المعاق.
4. تحديد الأهلية لخدمات التربية الخاصة والتدخل المبكر (Venn, 2000).

تقييم المجالات النمائية Assessing Developmental Domains

يجب أن يشتمل التقييم الشامل للأطفال الصغار على تقييم المجالات أو الأبعاد النمائية. سواء أكان الطفل طبيعياً أو مشتبهاً بان لديه مشكلات أو إعاقات نمائية ومعظم وسائل التقييم المستعملة مع الأطفال تسعى إلى قياس النمو في واحدة أو أكثر من المجالات لتالية:

1. المهارات المعرفية.
2. المهارات الاجتماعية والانفعالية.
3. مهارات رعاية الذات والسلوك التكيفي.

والنمو في الطفولة المبكرة لا يمكن فصله بمعزل عن الأبعاد النمائية، وذلك بسبب تداخل مجالات النمو وتفاعلها المعقد لدى الأطفال الصغار. وفي الحقيقة هناك علاقة وظيفية مباشرة موجودة بين التغيرات في مجال واحد من النمو وتلك التي تظهر في مجال آخر من النمو فعندما يتعلم الطفل الصغير المشي فإنه يكتسب خبرات جديدة

تؤثر على نموه في المجالات الأخرى مثل النمو المعرفي الاجتماعي واللغوي، وبالتالي فإن فهم المجالات النمائية المتنوعة يساعد على فهم الطفل ككل. وتكون المعالم النمائية العامة موجهة للتدخلات ومرجعية في الحكم على جوانب القوة والضعف والاحتياجات والتطور الذي يحدث.

أولاً: المهارات المعرفية Cognitive Skills

تعود المهارات المعرفية إلى استخدام الطفل لقدراته العقلية والذكائية، ويمتاز السلوك المعرفي للطفل الرضيع بأنه انعكاسي وبتطورات هائلة خلال أول سنتين من العمر، ويشتمل التقييم المعرفي للأطفال الصغار على تقييم المهارات المعرفية الآتية:

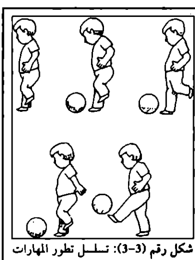
1. مفاهيم بقاء أو دوام الأشياء.
2. العلاقات الحيزية المكانية.
3. التقليد.
4. السببية.
5. استعمال الأشياء.

ويظهر النمو المعرفي ويدلل عليه عندما يستجيب الطفل إلى المثيرات ويدمج المعلومات الجديدة بالمعلومات الموجودة. وينفذ المهارات ما قبل الأكاديمية. مثل الحساب والتصنيف وإدراك الأحرف، وحل المشكلات أو المهمات أو حل المشكلة المعقدة. كما تشمل المهارات المعرفية على قدرة الطفل على التنبؤ بالأحداث واستخدام الذاكرة قصيرة وطويلة المدى والقدرة على تنظيم الأنشطة واكتشاف الفروقات بين الأشياء والأحداث، والقدرة على التخطيط لما سوف يقوم به في المستقبل. وخلال سنوات ما قبل المدرسة فإن تقييم المهارات المعرفية يحقق المهارات ما قبل الأكاديمية والتي تشمل على ما قبل القراءة، وما قبل الكتابة ومهارات ما قبل الرياضيات. كما أن تقييم المهارات المعرفية خلال سنوات الطفولة المبكرة وسنوات المدرسة الأساسية المبكرة يحقق الاحتياجات أو المهارات ما قبل الأكاديمية أو الأكاديمية. وفي هذا الوقت تصبح قدرات الطفل المعرفية أكثر تعقيداً، ويتعرف عليها من خلال معرفة المفاهيم والقدرة على اختيار القصص القصيرة في تسلسل وقدرته التراكمية.

ثانيا: المهارات الحركية Motor Skills

يقسم تقييم المهارات الحركية إلى:

1. مهارات حركية دقيقة.
2. مهارات حركية كبيرة.



شكل رقم (3-3): تسلسل تطور المهارات الحركية الكبيرة الخاصة بتنطيط الكرة

وتعود المهارات الحركية الكبيرة Gross Motor Skills إلى القدرة على التنقل والتحرك في السياق البيئي. وتشتمل المهارات الحركية الكبيرة على تحريك وضبط المجموعات العضلية الكبيرة المستخدمة في التشقلب والجلوس والزحف والوقوف والمشي والرمي والقفز، أما المهارات الحركية الدقيقة Fine motor Skills، فتعود إلى استعمال مجموعات عضلية صغيرة مثل تلك الموجودة في الأيدي والأقدام وتستخدم المهارات الحركية الدقيقة في الوصول إلى الأشياء والقفز وتحرير الأصابع وبناء المكعبات وربط الحذاء والقص والكتابة.

والمهارات الحركية تعتبر تقريباً انعكاسية عند الميلاد، ومع نمو الدماغ وزيادة قوة العضلات فإن قدرة الأطفال على الضبط والتنقل في بيئاتهم تزداد وتتحسن، ومع تحسن الضبط في السيطرة على الحركات فإن الأطفال أيضاً تزداد قدراتهم في تنسيق المهارات والحركات، فهم يتحسنون في قواهم العامة والمرونة وتنسيق حركات الأيدي والأعين. وما بين الثانية إلى السادسة من العمر فإن الأطفال يتعلمون أداء حركات دقيقة متنوعة مع تحسن في المشي والركض السريع والتوازن وأداء حركات دقيقة بدقة أكثر مثل القص بمقص وتغطية الأنابيب بأغطيتها والكتابة. ومع بلوغ الثامنة من العمر فإن الأطفال يتقنون الحركات الكبيرة مثل القدرة على ركوب دراجة هوائية بدون عجلات التدريب، ومهارات التحكم بالكرة مثل الرمي والتنطيط. وفي مجال النمو في المهارات الحركية الدقيقة فإن معظم أطفال الثامنة من العمر تتحسن مهاراتهم في

الكتابة اليدوية واستخدام قطع الأحجيات والمكعبات وغيرها من الأشياء الصغيرة. ويركز التقييم الحركي على النمو في المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة مع التأكد على نوعية المهارات الحركية للطفل وكيفية استخدامها.

ثالثاً، مهارات التواصل واللغة Communication and Languages Skills

في مجال مهارات التواصل واللغة فهناك ثلاثة مظاهر من التطور يجب أن تؤخذ بالاعتبار خلال عملية التقييم:

1. **التواصل Communication** ويعود إلى تبادل الرسائل بين المتكلم والمستمع.
2. **اللغة Language** وتعود إلى استعمال الرموز أو النحو أو القواعد عند التواصل مع الآخرين.
3. **الكلام Speech** ويشير إلى النشاط الحركي الفمي المستخدم في التواصل.

يشمل تقييم مهارات التواصل واللغة لدى الأطفال الصغار على تقييم مهارات اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية. وتعود اللغة الاستقبالية Receptive Language إلى قدرة الطفل على فهم وإدراك المعلومات الشفوية وغير الشفوية المقدمة. أما اللغة التعبيرية Expressive Language فهي قدرة الطفل الصغير على توصيل أفكاره أو مشاعره للآخرين، كما قد تشتمل على النطق والكلمات والإيحاءات والسلوكيات الأخرى التي تعتمد عليها المعلومات.

وتعتبر المرحلة العمرية دون سن الخامسة من أكثر المراحل أهمية خصوصاً في تطوير التواصل واللغة. ويمتاز تواصل الطفل الرضيع في البداية بأنه غير قصدي، ومع دخول عمر الثالثة فإن معظم الأطفال يكتسبون العناصر الرئيسية لنظام التواصل ويمر تطور اللغة بمراحل منتظمة تبدأ من الرضاعة، ومع دخول الأطفال المدرسة فإنهم يستخدمون كافة أنواع الجمل التي ينتجها الكبار. وعندما يتأخر التواصل أو يعاق فإن التركيز في تقييم التواصل يكون على مغزى اللغة، أي أن الفاحص يركز على مدى محاولة الطفل التواصل في وسائل متنوعة مثل الإيحاءات وتحديق الأعين والنطق.

رابعاً: المهارات الاجتماعية والانفعالية Social and Emotional Skills

تعود المهارات الاجتماعية والانفعالية إلى مدى واسع من السلوكيات التي تصف تفاعل الطفل مع الآخرين سواء أكانوا كباراً أو رفاقاً وكيفية تواصله كذلك في المواقف الاجتماعية. ويتضمن هذا البعد كيفية استهلال أو ابتداء التفاعل والاستجابة إلى التفاعلات من قبل الآخرين. ولكن عندما يتفاعل الطفل مع الآخرين فإنه يحتاج إلى مهارات المشاركة في تفاعلات تبادلية. وعندما يتفاعل مع الرفاق فإن الطفل يحتاج إلى مهارات اللعب التعاوني وتشارك الألعاب وأخذ الدور أما المهارات الانفعالية فهي قدرة الأطفال على التعرف على مشاعرهم وتوصيلها وكذلك تتضمن قدراتهم على الاستجابة لانفعالات الآخرين واحترام حقوق الآخرين. والمهارات في هذا البعد تشتمل على السيطرة على المشاعر الشخصية وكيفية حل الصراعات، ومع نمو الطفل فإن الخبرات تلعب دوراً هاماً في اكتساب الخصائص الشخصية في الطفولة المبكرة. والنتائج المرغوبة تؤدي إلى خبرات انفعالية إيجابية عن أنفسهم، وتمكنهم من التعبير عن مشاعرهم وخبراتهم وانفعالاتهم باتجاه الآخرين بطريقة مناسبة.

خامساً: رعاية الذات والمهارات التكيفية Self – Care and Adaptive Skills

إن تقييم مهارات رعاية الذات والمهارات التكيفية يركز غالباً على مجالات تناول الطعام والرعاية الشخصية مثل استخدام التواليت وفرشاة الأسنان وغسل الأيدي وارتداء اللباس وغيرها. ومع نضج الأطفال في مجالات المهارات الأخرى مثل النمو في المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة، فإن هذا النضج يؤثر في رعاية الذات وامتلاك المهارات التكيفية، وهذا يساعد في امتلاك مستوى متقدم من الاستقلالية، ومع نضج الأطفال وقضائهم وقتاً أكثر من التفاعل مع الآخرين في بيئاتهم فإنهم يكتسبون الاستقلالية في تناول الطعام واللباس ورعاية الذات ومهارات تناول الطعام واستخدام التواليت مثلاً، تأخذ بالتطور إلى أن يصل الأطفال مستوى مناسباً من الاستقلالية في ممارستها. وتصبح هذه المهارات أساسية لذهاب الطفل إلى الروضة والالتحاق بالصفوف الأساسية الأولى. وتدريجياً فإن الطفل تزداد لديه القدرة على القيام بوظائفه باستقلالية أكثر ومع متطلبات متنوعة أكثر في بيئات متنوعة مثل المنزل

والمدرسة والمجتمع. ويركز تقيـيم مهارات رعاية الذات والمهـارات التكيفيـة علـى دقـة أدائها ومستوى الاستقلالية في تنفيذها (Gargiulo and Kilgo, 2000).

اعتبارات في تقييم الأطفال الصغار

Consideration in Assessing Young Children

إن أفضل ممارسات التقيـيم المستخدمة مع الأطفال الصغار هي تلك التي تـستند إلى إجراءات متعددة، وأخصائيين متعددين، وفي مواقف كثيرة أو بيئات متنوعة. وهذا يعتبر هاماً مع الأطفال الرضع والأطفال في سن المشي والأطفـال الـصغار. وبـسبب العوامل الكثيرة التي قد يتأثر بها الأطفال الصغار والنمو الـسريع فإن التقيـيم يجـب أن يكون مستمراً ويخضع للمراقبة. فالنمو الـسريع لدى الأطفال يساهم في عدم اسـتقرار علاقات أو نتائج الاختبارات في الأعمار الصغيرة جداً. كما أن تنوع البيئات التعليمية والمنزلية يساهم أيضاً في عدم استقرار نتائج الاختبارات.

وكذلك فإن تحليل أدوات التقيـيم الرسمية المـستخدمة في الطفولة المبكـرة، يـشير إلى أن معاملات الثبات والصدق للاختبارات الفرعية في مستويات متوسـطة ومتدنيـة مقبولة (Overton, 2006, Hooper and Umansky, 2009; raver, 2009)، وبـسبب هذا كله فإن التقيـيم مع الأطفال الصـغار شـهد تطـورات وتغـيرات كـثيرة، ويعـرض الجدول التالي ممارسات التقيـيم في التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة.

جدول رقم (3-2): ممارسات التقـيم في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة

التركيز القديم	التركيز الجديد
• اختبارات الذكاء مقننة.	• جمع معلومات متعددة المصادر.
• بيئات تقيـم اصطناعية.	• التقييم في بيئات طبيعية.
• التقيـم المركز على الطفل.	• التقييم المركز على الأسرة.
• السـيطرة الكميـة والإحـصائية في اتخـاذ القرارات.	• فريق متعدد في اتخاذ القرارات.

وقد ظهر هذا التغير في اهتمامات التقييم الواردة في الجدول نتيجة عوامل متعددة منها:

1. المشكلات المرتبطة باختبارات الذكاء مع الأطفال الصغار، فاختبارات الذكاء مصممة لقياس قدرات ذكائية. وبالتالي فهي لا تعطينا وصفاً ولا تقييماً شاملاً للأطفال الصغار، كما أنها قد لا تستطيع تحديد أثر العوامل البيئية واكتساب الخبرات والمهارات المحددة. فالطفل على سبيل المثال الذي لم يعط فرصة لاستخدام الشوكة والملعقة فإنه لا يستخدمها بكفاءة.

2. محدودية أدوات التقييم مع الأطفال الصغار، فهناك القليل المتوفر من الأدوات المناسبة لتقييم الأطفال الصغار. وتزداد المشكلة مع تقييم الأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة. فالإعاقة تؤثر على أداء المهارات كما أنها تؤثر على تقييم القدرات الخاصة بالأطفال، وعندما يكون الطفل مصاباً بإعاقة جسمية أو سمعية أو بصرية أو تواصلية فإن الأخصائي يجب أن يمتلك المهارات اللازمة لتقييم هذه الإعاقات وجمع معلومات دقيقة كما يجب أن تؤخذ في الاعتبار الآثار النمائية للإعاقة على حياة الطفل.

3. طبيعة وخصائص الأطفال الصغار، إذ أن طبيعة وخصائص الأطفال الصغار تثير تحدياً لدى الأخصائيين في تقييم الأطفال الصغار. وخصائص الأطفال الصغار التي تثير صعوبة في تطبيق الاختبارات التقليدية تشتمل على فترات الانتباه القصيرة، وصعوبة فهم الحاجة إلى إتباع تعليمات الكبار والقلق الذي قد يتفاعل مع وجود شخص غير مألوف أو موقف غير مألوف. وهذا يشير إلى أهمية وجود أشخاص مألوفين في التقييم مثل الوالدين ومقدمي الرعاية. وإن هذا يفرض خصوصية في تقييم الأطفال الصغار ولذلك يجب أخذ التوصيات التالية بعين الاعتبار:

   أ. أدوات التقييم المقننة يجب ألا تكون رئيسية في التقييم.

   ب. يجب ألا نتحدى الأطفال الصغار خلال عملية التقييم بفصلهم عن والديهم.

   ج. يجب أن لا يقيم الأطفال الصغار من قبل أشخاص غير مألوفين أو غرباء.

فأدوات التقييم يجب أن تصمم لتشعر الطفل بالراحة والأمان وذلك لتحقيق تقييم دقيق وشامل لقدرات الطفل واحتياجاته.

4. التقييم المتحيز ثقافياً، وهذا يشير إلى أهمية التقييم دون وجود تحيزات ثقافية أو عرقية أو دينية. فالأطفال الذين لا ينتمون إلى ثقافة مجتمعهم أحياناً يقيمون على أسس المجتمع الذي وضعوا فيه وتظهر المشكلة عندما تكون الأدوات المستخدمة مقننة على مجموعات من المجتمع الأم وتطبق خلال التقييم مع الأطفال الآخرين القادمين من ثقافات مختلفة.

5. التسميات المبكرة للأطفال الصغار، وترتبط هذه المشكلة بإطلاق تسميات على الأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة. وينادي البعض بعدم إطلاق التسميات وذلك لأسباب منها:

أ. نتائج امتيازات التشخيص ضعيفة.

ب. تؤدي التسميات إلى سلوكيات متميزة من قبل الآخرين.

ج. التسميات لا تسهل التخطيط للبرنامج للأطفال الصغار.

د. قد تؤدي التسميات إلى التنبؤ المحقق لذاته لدى الأطفال الصغار.

ممارسات التقييم المناسبة مع الأطفال الصغار

هناك عدد من الممارسات التي يجب الأخذ بها عند تقييم الأطفال الصغار، ويوضح الجدول التالي هذه الممارسات:

جدول رقم (3-3): ممارسات التقيم مع الأطفال الصغار

الممارسة	أمثلة
التقيم متعدد التخصصات	يجب أن يكون التقيم من تخصصات متعددة.
التقيم متعدد الأبعاد	يجب أن تكون المعلومات المجموعة من أبعاد متعددة للطفل ولأسرته
التقيم متعدد الطرق	تجمع المعلومات من طرق مختلفة مثل الملاحظة والمقابلات وغيرها.
التقيم متعدد المصادر	تجمع المعلومات من مصادر مختلفة مثل الوالدين والأخصائيين والطفل
التقيم في سياقات متعددة	يظهر التقيم في سياقات بيئة متعددة مثل المنزل، والمدرسة، والمجتمع
التقيم متعدد الثقافات	يحترم التقيم أنظمة الأسرة وثقافتها وخصوصية الطفل
التقيم المتخصص	ويشمل تقيم جوانب القوة والضعف وخصائص واحتياجات الطفل ومصادر الدعم
تبادل المعلومات المستمر	تبادل المعلومات المجموعة لأهداف تسهيل التعاون.

إرشادات في تقييم الأطفال الصغار

هناك عدد من الإرشادات والتوجيهات التي يوصي الأخصائيون باتباعها أثناء إجراء تقييم الأطفال الصغار ومن هذه الإرشادات الآتية:

1. يجب أن يكون الأخصائي حساساً ومتفهماً لاحتياجات الأسرة وتحدياتها الخاصة بسبب وجود طفل معاق لديها.
2. يجب أن يجرى التقيم مع الأطفال الصغار في بيئات خاصة تمتاز بالهدوء وخالية من المشتتات.

3. يجب أن يكون الطفل على ألفة بالفاحص، وذلك لضمان نتائج أكثر دقة وممارسة سلوك يعبر عن قدراته.
4. أخذ التأثيرات البيئية التي قد تدعم أو تعيق النمو بعين الاعتبار.
5. أخذ خصائص الطفل وحالته الصحية بعين الاعتبار، فإذا أظهر الطفل التعب فإن التقييم يجب أن يؤجل إلى وقت آخر يظهر فيه الطفل الراحة والاستعداد لإجراء التقييم.
6. أخذ تداخل الأبعاد النمائية في عملية التقييم بعين الاعتبار، فالتقييم يجب أن يكون شمولياً ويركز على كافة مظاهر النمو وقدرات الطفل.

.(Gargiulo and Kilgo, 2000)

الفصل الرابع

منهج الأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة

- تعريف المنهج
- المناهج النظرية لتطوير المنهج
- تعديل المنهج
- بناء المنهج المناسب في الطفولة المبكرة

الفصل الرابع

منهج الأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة

Curriculum for Young Children with Special Needs

يهدف هذا الفصل إلى تزويد القارئ بنظرة عامة حول منهج الأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة، لذلك فإن هذا الفصل يناقش النماذج المستخدمة في تطوير منهج الأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة والممارسات المقترحة في تطوير مثل هذا النوع من المناهج.

تعريف المنهج Definition of Curriculum

يعني المنهج للبعض بأنه مجموعة من الأدوات والأهداف والأنشطة المصممة لتوجيه عميلة التعليم. الواقع أن هذه النظرة توصف بالضيقة والمحددة وذلك لأن المحتوى يحدد مسبقاً دون اللجوء إلى ما هو مكتسب من قبل الطفل أو أسرته أو المسؤولين عن رعايته. لذلك فإننا في هذا الفصل سوف نتعامل مع المنهج خارج نطاق هذه النظرة الضيقة ومدركين في الوقت ذاته أهمية بيئة الطفل والحاجات الخاصة لكل طفل واهتماماته وخصائص أسرته وحاجاتها.

إن النظرة المعاصرة للمنهج تعرّف استناداً إلى النموذج النظري المتبع في إعداده وذلك بهدف عكس المعتقدات حول ما يمكن أن يعلّم وضمن أي تسلسل يعلّم. ومن هنا فإن البعض يعّرف المنهج على النحو الآتي:

"المنهج يمثل مجموعة منظمة من الأنشطة والخبرات المصممة لتحقيق أهداف معرفية وتعلّمية محددة".

من هنا فإن المنهج يعني كل شيء يحدث خلال اليوم في برنامج الطفولة المبكرة. هذه النظرة تشتمل على الأسس النظرية والفلسفية والتي يجب أن يستند إليها البرنامج. بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات بأن هذا المظهر يجب أن يكون شاملاً أيضاً

للحاجات الخاصة الفردية والمتطلبات النمائية. وهكذا، فإن المنهج ليس طرق وإجراءات تدريس وليس فقط مجموعة من الأنشطة، بكلمات أخرى المنهج هنا يعني ما يجب أن يعلّم، أي أنه يوفر الأساس لبرنامج الطفولة المبكرة الذي يجب على أخصائي التدخل المبكر أن يعلّمه للأطفال وأسرهم.

المناهج النظرية لتطوير المنهج

Theoretical Approaches to Curriculum Development

يتفق التربويون على أن المنهج يجب أن ينبثق عن أبعاد نظرية وفلسفية والتي يجب أن تستند إليها برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة Early Education Childhood Special (ECSE). يوجد العديد من المناهج النظرية الشائعة والمستعملة في تطوير محتوى المنهج، وكذلك طرق التعليم والتدخل العلاجي مع الأطفال الصغار ذوي الإعاقات. وتشتمل هذه المناهج المستخدمة في تطوير المنهج على:

1. النموذج النمائي: Developmental Model.
2. النموذج النمائي المعرفية: Developmental – Cognitive Model.
3. نموذج منهج المهارات الأكاديمية: Academic Skills Curriculum Model.
4. نموذج المنهج السلوكي: Behavioral Curriculum.
5. نموذج المنهج الوظيفي: Functional Curriculum Model.
6. النموذج البيئي: Ecological Model.
7. النموذج الانتقائي: Eclectic Approach Model.

وتعرض المناقشة الآتية هذه النماذج:

نموذج المنهج النمائي Developmental Curriculum Model

تركز معظم النماذج المستخدمة في تطوير المنهج للأطفال الصغار على متطلبات النمو في الطفولة المبكرة، الواقع أن نموذج المنهج النمائي يستند إلى نظريات النمو الطبيعي للطفل. ويشتمل تسلسل المهارات في هذا النموذج على مهارات النمو الحركي كما في الحركات الكبيرة والحركات الدقيقة، والنمو التكيفي كما في مهارات

رعاية الذات ومهارات الحياة اليومية والنمو الاجتماعي، ونمو التواصل واللغة مثل مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية. وفقاً للمنهج النمائي فإن نمو الأطفال يكون محدداً بالوراثة أو محدداً جينياً، بكلمات أخرى فإن الأطفال بدون إعاقات يكتسبون المهارات ضمن التسلسل النمائي المتوقع، على سبيل المثال، الأطفال يتعلموا الشقلبة والزحف والوقوف قبل تعلم المشي. وباستخدام المنهج النمائي، فإن الأخصائي عليه أن يعلّم مهارات النمو الحركي مثلاً بنفس التسلسل المتوقع من الطفل بدون إعاقة، وبالطريقة ذاتها يعلّم الطفل المستهدف من ذوي الحاجات الخاصة.

وهكذا، فإن تصميم مناهج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة والتي تعمد على المنهج النمائي في التدخل المبكر مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة تشتمل في محتواها على المطالب أو المعالم النمائية Developmental Milestones وفي التسلسل المتوقع تحقيقه. استناداً إلى ذلك فإن أخصائي التربية الخاصة في الطفولة المبكرة يحدد لكل طفل ما هو موجود أو مكتسب وما هو غير مكتسب وذلك بالاعتماد على المعايير المرتبطة بالعمر للأطفال بدون إعاقات، ويلعب تفاعل الأطفال النشط مع خصائص البيئة المادية والاجتماعية دوراً هاماً في اكتساب المهارات النمائية المتقدمة هذا من جهة، كما وتصمم الاستراتيجيات التعليمية لإثارة الانشغال النشط مع الأنشطة مع الأطفال بدون إعاقات، من جهة أخرى.

إن لجوء منهج الطفولة المبكرة إلى المنهج النمائي ربما ناتج عن مناسبة معايير النمو الطبيعي لمعايير التربية الخاصة في الطفولة المبكرة والتي تؤكد على التباين بين العمر الزمني للطفل Chronological Age وقدراته العقلية Mental Abilities. لذلك فإن استخدام المنهج النمائي في تطوير المنهج يميل إلى التركيز على المهارات التي يحتاج الأطفال إلى تنميتها لاحقاً وذلك عند مقارنتها بالمعايير المرتبطة بالعمر للأطفال بدون إعاقات. النقد الموجه إلى هذا النموذج هو تجاهل البيئة الطبيعية في تعليم المهارات الوظيفية للأطفال.

نموذج المنهج النمائي–المعرفي

The Developmental–Cognitive Curriculum Model

من النماذج الأولى المؤثرة على تطوير المنهج للأطفال الصغار نموذج المنهج النمائي المعرفي، هذا النموذج يعتمد على أعمال العالم بياجيه Piaget. يعتقد بياجيه أن النمو المعرفي يظهر كنتيجة لعاملين هما:

1. النمو الفسيولوجي
2. تفاعل الطفل مع البيئة (Gargiulo and Kilgo, 2000).

أخصائيو التدخل المبكر الذين يؤيدون هذا المنهج يهدفون إلى تنمية القدرات المعرفية للطفل من خلال البرامج التربوية المصممة لهذا الغرض، والأنشطة والأدوات التعليمية المستخدمة هنا يجب أن تساعد الأطفال على تحقيق التقدم في الانتقال من المستوى الملموس إلى المستوى الرمزي (Hooper and Umansky, 2009).

يعرّف النموذج النمائي المعرفي من خلال المحتوى الذي يشتمله والطرق التعليمية المستخدمة، وهنا يتشابه المحتوى في المنهج النمائي المعرفي المحتوى في النموذج النمائي، إلا أن التركيز هنا يكون على المجال المعرفي في النمو، وهذا أيضاً موجود في النموذج النمائي. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الأسلوب التعليمي المستخدم في هذا النموذج يشبه ذلك المستخدم في النموذج النمائي، مع التركيز على تفاعل الأطفال والإثارة والبيئة المخططة والمصممة. النقد الموجه إلى هذا النموذج شبيه بذلك الموجه إلى النموذج النمائي من حيث تجاهل البيئة الطبيعية في تعليم المهارات الوظيفية للأطفال، فالمهارات الوظيفية هي تلك المهارات التي يستعملها الأطفال في البيئة الطبيعية، بالطبع من السهل إدراك أهمية تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة المهارات الوظيفية ومدى أهميتها في حياتهم.

نموذج المهارات الأكاديمية او ما قبل الأكاديمية

Academic or Preacademic Skills Curriculum Model

يشابه نموذج منهج المهارات الأكاديمية أو ما قبل الأكاديمية إلى حد ما النموذج النمائي والنموذج المعرفي. هذا النموذج يعتبر الأساس لنموذج منهج المهارات الأكاديمية. يفترض هذا النموذج بأن نمو الأطفال بدون الإعاقات يعتمد على مجموعة

من المهارات الأساسية التي تعلّم للأطفال خلال سنوات ما قبل المدرسة، وهذه المهارات توصف بالمهارات ما قبل الأكاديمية والسنوات الأولى الأساسية والتي تشتمل تعلّم المهارات الأكاديمية. فمهارات الحساب واستعمال النقود والقراءة وكتابة قصة تحلل إلى مهارات إلى ما قبل أكاديمية ومهارات أكاديمية، وبعد ذلك تعلّم هذه المهارات للأطفال الصغار.

هنالك عدد من السلبيات في استخدام نموذج المهارات الأكاديمية أو ما قبل الأكاديمية في تطوير المنهج للأطفال الصغار ذوي الإعاقات ومن هذه السلبيات:

1. يعتمد هذا النموذج على مجالات تقليدية للقراءة والكتابة والحساب، فالمهارات غير الأكاديمية التي يحتاج الأطفال ذوي الإعاقات إلى اكتسابها مثل المهارات الاجتماعية المناسبة (تحية الآخرين، مهارات أخذ الدورة وغيرها) ومهارات التكيف ورعاية الذات (اللباس واستخدام التواليت وغيرها) قد لا تحقق أو قد لا تعلّم في هذا النموذج.
2. غالباً ما تعلّم المهارات الأكاديمية وما قبل الأكاديمية على نحو منفرد أو منعزل، وخلال فترات زمنية محددة من اليوم وباستعمال أدوات وواجبات محددة. بالطبع المشاركة في معظم الأنشطة في البيئة الطبيعية يتطلب من الأطفال الصغار القدرة على أداء مهارات متنوعة كثيرة وضمن نفس النشاط، مثلاً اللعب على الحاسوب يتطلب مهارات حركية دقيقة وكبيرة وتواصل ومهارات اجتماعية وبعض المهارات الأكاديمية، بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال ذوي الإعاقات غير قادرين على تعميم المهارات المتعلّمة أو المكتسبة في سياق وظيفي ضمن حياتهم اليومية.
3. المهارات الأكاديمية أو ما قبل الأكاديمية المكتسبة أو المتعلّمة قد تكون مختلفة عن حاجات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، فهؤلاء الأطفال على سبيل المثال يحتاجون إلى تعلّم مهارات وظيفية في حياتهم اليومية.

نموذج المنهج السلوكي Behavior Curriculum Model

يركز النموذج السلوكي على السلوك الذي يمكن ملاحظته على نحو مباشر، فهذا النموذج يفترض أن السلوك يكتسب من خلال ما يحدث في بيئة الطفل، لذلك

فإن السلوكيات المرغوبة يمكن أن تعلّم من خلال تعديل البيئة والأحداث ذات الصلة (Frederickson and Cline, 2010).

يستند نموذج المنهج السلوكي كنموذج تعليمي إلى مبادئ التعلم في علم النفس السلوكي. فالسلوكيين يعتقدون أن نمو الأطفال والتعلّم ما هو إلا نتيجة لعوامل البيئة. ومن وجهة النظر السلوكية فإن التركيز يجب أن يكون على الأنشطة التي ينشغل فيها الطفل في بيئته والمهارات الضرورية للمشاركة في الأنشطة المناسبة لعمر الطفل. وفقاً للنموذج السلوكي، فإن تعلّم المهارات هام وذلك لزيادة استقلالية الأطفال، فهذا النموذج يركز على استخدام التعليم المباشر Direct Instruction من خلال وصف متسلسل للأنشطة التعليمية، كما ويستعمل إجراءات التلقين Propmting والتشكيل Shaping وتعزيز Reinforcement وغيرها من إجراءات تعديل السلوك لتسهيل اكتساب الأطفال لهذه المهارات. وهكذا، فإن اكتساب المهارة يحدث في سياق ملاحظ ومراقب من خلال البيانات التي تجمع على نحو متكرر. واعتماداً على مقدار التقدم والتطور الذي يحققه الأطفال، فإنه تجرى التعديلات اللازمة لتسهيل عملية التعلّم، إذا كان ذلك مبرراً أو ضرورياً.

إن النموذج السلوكي يقدم تعليم مهارات علاجية، فالتركيز يكون على تحديد السلوكيات المستهدفة واستخدام الأساليب التعليمية المباشرة المصممة لزيادة أو خفض هذه السلوكيات وذلك اعتماداً على طبيعة الهدف من التعليم. وهذا يختلف عن التسلسل النمائي الذي يتبعه الأخصائي في المناهج النمائية. والمشكلة الرئيسية في النموذج السلوكي تتمثل في درجة التنظيم والدقة المطلوبة في التطبيق.

نموذج المنهج الوظيفي Functional Curriculum Model

يرتبط المنهج الوظيفي إلى حد ما بالنموذج السلوكي في تطوير المنهج للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ولقد حظي هذا النموذج باهتمام واسع لدى أخصائي التدخل المبكر، فهذا النموذج يعتمد على متطلبات البيئة ومهارات الأداء اللازمة لتنفيذ الأنشطة الحياتية اليومية، مثل مهارات اللباس، وتناول الطعام وغيرها من المهارات الوظيفية المنفذة في المنزل والمدرسة والمركز أو غيرها من الأوضاع المجتمعية. يحتل العمر الزمني النمائي للطفل أهمية قليلة هنا، مقارنة بكفاءة الطفل في اكتساب

المهارات المناسبة للعمر. تهتم المهارات الوظيفية بالأنشطة الحياتية اليومية أكثر من المهارات الأكاديمية أو ما قبل الأكاديمية أو التسلسل النمائي. فالمهارات المستهدفة في هذا النموذج تحلل إلى سلسلة سلوكية قابلة للملاحظة والقياس المباشر، لذلك فإن لنموذج المنهج الوظيفي إيجابيات كثيرة منها:

1. المنهج يعتمد على المهارات الوظيفية والمهارات المناسبة للعمر الزمني للأطفال والتي يحتاجونها في الأوضاع الطبيعية، وبالتالي فإن ممارستها تمكن الطفل من تحقيق استقلالية أكثر.
2. العديد من المهارات المستهدفة في هذا النموذج يمارسها الأطفال بدون إعاقات، ممارسة هذه المهارات من قبل هؤلاء الأطفال (بدون إعاقات) يزيد من احتمالية توفير فرص نجاح للأطفال ذوي الإعاقات في ممارسة هذه المهارات وتنمية مظاهر القوة لديهم.

أما السلبيات لنموذج المنهج الوظيفي، فهي افتقاره إلى إطار مرجعي تنظيمي في تعليم المهارات الوظيفية (Gargiulo and Kilgo, 2000).

النموذج البيئي Ecological Model

ينظر النموذج البيئي إلى حياة الأسرة والمدرسة والمجتمع كعناصر أساسية في نمو الأطفال، فالخبرات المتنوعة تلعب دوراً مهما في نمو الطفل، إذ قد يكون أثر هذه الخبرات إيجابي وداعم أو قد يكون سلبياً على نمو الطفل وتعلّمه.

في هذا النموذج، توصف السياقات البيئية كأوضاع نشاط أو أنظمة صغيرة وبيئات تعليم طبيعته، وبالنسبة لأي طفل فإن التعلّم هو بمثابة نتيجة للخبرات في الحياة اليومية وروتينيات الطفل والأسرة وتقاليد المجتمع والأسرة، ولذلك فإن التعلّم قد يكون مخططاً له أو عرضياً.

يدرك أخصائيو التربية الخاصة في الطفولة المبكرة الأثر الفوري أو الهام للعوامل البيئية الخارجية على نمو الطفل وتعلّمه. النموذج البيئي يعتبر مهما ومفيداً في تحديد العوامل التي تدعم أو تتداخل مع الأداء الوظيفي للطفل أو التعايش مع الأسرة. فأسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة تواجه العديد من التحديات والظروف التي قد تؤثر

سلباً أو إيجاباً على نمو الطفل أو على تقديم الخدمات له. لذلك فإن الوعي بهذه العوامل تفتح اتجاه أمام فريق العمل على الأخذ بالاعتبار أهمية الدعم المناسب للأسر. ووفقاً لهذا النموذج فقد صنّفت عوامل الخطر البيئة إلى ثلاث مجموعات وهي على النحو الآتي:

1. **النظام الصغير Micro System**: وهذا يتضمن قدرات والديّ الطفل ووحدة الأسرة في إشباع الحاجات العاطفية والمادية للطفل. ومن قد تواجه أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة تحديات مثل الشعور بعدم المقدرة على التواصل والافتقار إلى الدافعية.
2. **النظام التوسطي Meco System**: وهذا يتضمن التفاعل بين اثنين أو أكثر من الأوضاع التي يعيشها الطفل. فالعوامل الاقتصادية والثقافية والصحية تلعبا دوراً هاماً هنا. فالأسرة التي تمتلك طفل ذو إعاقة شديدة تواجه تحديات كثيرة منها كثرة المشكلات الصحية للطفل والتي تتطلب دعماً إضافياً.
3. **النظام الخارجي Eco System**: وهذا يتضمن الظروف الاجتماعية للأسرة، فالبطالة والافتقار إلى الرعاية الصحية والافتقار إلى الأمان الاجتماعي كلها عوامل تؤثر على نمو الطفل وتزيد من فرص معاناة الأسر وارتفاع مستويات الضغط النفسي لديها والافتقار إلى الدعم الاجتماعي. فالفقر يحدد ويقيد تعلّم الطفل لأن الأسر قد لا تستطيع توفير ألعاب لإثارة وتشجيع نموه، أو إلحاقه بالمدارس المناسبة وغيرها (Raver, 2009).

النموذج الانتقائي Eclectic Model

تعتمد برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة في العموم على أكثر من نموذج في إشباع الحاجات الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة. واستخدام أكثر من نموذج في تصميم وتنظيم برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة عادة ما يسمى بالمنهج الانتقائي Eclectic Curriculum.

تعديل المنهج Curriculum Adaptations

يتطلب الأطفال ذوو الحاجات الخاصة تعديلات خاصة في المنهج وذلك بهدف إشباع الحاجات الخاصة، وتصبح هذه التعديلات أمراً ضرورياً خصوصاً إذا كان الطفل يتلقى تعليمه في بيئات التربية العامة. وهذه التعديلات قد تأخذ أحد الأشكال الآتية:

1. تعديل المنهج Curriculum Adaptation

فالطفل قد يستطيع المشاركة في منهج التربية العامة مع بعض التعديلات اللازمة في أسلوب التعليم وتعديلات في الأدوات التعليمية وغيرها.

2. دعم المنهج Curriculum Augmentation

فالطفل ذو الإعاقة يحتاج إلى تعليم إضافي أو استخدام استراتيجيات محددة للمشاركة في المنهج.

3. بدائل المنهج Curriculum Alterations

فالطفل ذو الإعاقة ربما يحتاج إلى محتوى إضافي غير موجود في منهج التربية العامة، مثل الحاجة إلى تعليم في المهارات الاجتماعية والتواصلية والحركية والعيش المستقل.

وهكذا فإن تعديل المنهج يشير إلى تغيير أو تكييف في البيئة وأسلوب التعليم والأدوات التي تعزز الأداء وتنميه ضمن النشاط التعليمي. ولتحقيق تعديل ناجح للمنهج للأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة، فإن من المناسب أخذ العوامل الآتية بعين الاعتبار:

1. معلومات عن قدرات الطفل المستهدف ومظاهر القوة لديه واهتماماته ونماذج التعلّم وحاجات الدعم.
2. طريقة التدريس والتنظيم التعليمي والبيئة التعليمية ومحتوى المنهج وتسلسله والأدوات التعليمية وسرعة التعلّم.

3. الأداء وحاجات الدعم للأطفال ذوي الحاجات الخاصة ضمن السياق التعليمي المحدد من خلال الملاحظة المباشرة (Westling and Fox, 2009).

بناء المنهج المناسب في الطفولة المبكرة

Constructing an Appropriate Curriculum in Early Childhood

تعتبر عملية تطوير المنهج للأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة عملية مستمرة. كما أن المنهج يجب أن يشتمل على آلية لمساعدة المعلم والأسرة وأعضاء فريق العمل الآخرين في تحديد المهارات اللازمة للطفل. ولتحقيق هذا الهدف فإنه يستعمل التقييم المستمر لتحديد أهداف التدخلات وذلك من خلال التعرف إلى خصائص الطفل وحاجاته الخاصة ومتطلبات البيئة والمهارات الضرورية لتحقيق النجاح. وهكذا فإن هذه العملية تساعد فريق العمل على فهم المتطلبات البيئية لبيئة الطفل (Gargiulo and Kilgo, 2000).

يرى البعض بأن الأطفال الصغار يتعلمون أفضل من خلال تنفيذ الأنشطة واللعب، ولذلك فإن هذا يجب أن يأخذ بعين الاعتبار خصوصاً في مرحلة وضع أهداف المنهج والأنشطة الصفية. وهكذا فإن أهداف المنهج تُطور من خلال اللجوء الى معالم أو مظاهر نمو الطفل. لذلك فإن المنهج يجب أن يشتمل على تنمية المعالم الرئيسية لنمو الطفل. بالإضافة الى ذلك، المنهج المناسب يشتمل على فرص الاستكشاف والتعليم للمجالات الآتية:

1. نمو مهارات التواصل.
2. نمو مهارات القراءة والكتابة.
3. النمو الحركي.
4. مهارات رعاية الذات.
5. النمو المعرفي (Allen and Cowdery, 2012).

إن محتوى المنهج للأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة عادة ما يشتمل مدى واسعا من المهارات المناسبة التي من شأنها أن تنمي قدرات الطفل ذي الإعاقة. إن

ـديد محتوى المنهج للأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصـة تتطلب
ـة المتطلبات النمائية لمظاهر أو أبعاد النمو المختلفة والتفاعل فيما بيـ
ـة إلى أخذ عامل ترتيب وتسلسل المهارات النمائية بعين الاعتبار. و
ـن عملية تطوير المنهج للأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصـة تـ
ـنتظمة ومتسلسلة وذلك كما هو موضح في الشكل الآتي:



شكل رقم (4-1): مراحل تطوير المنهج

وفي حالة تقييم المنهج وتخطيط الأنشطة في برامج الطفولة المبكرة، فإن من الأهمية بمكان الإجابة عن التساؤلات الآتية:

1. هل المنهج منظم وفقاً لاتجاه نظري وهل أسسه الفلسفية واضحة؟
2. هل المنهج الفلسفي مناسب لبرامج التدخل المبكر والفئة المستهدفة في الخدمة؟
3. هل يشتمل المنهج مدى واسعاً من الحاجات والمهارات؟
4. هل تعليمات المنهج واضحة ومحددة؟
5. هل المنهج معدل، على نحو يتناسب مع حاجات الطفل؟
6. هل المنهج مناسب في تعليم المهارات الوظيفية للطفل؟
7. هل أسرة الطفل مشاركة ومشجعة على المشاركة في المنهج؟
8. هل أهداف المنهج واضحة ويمكن تقييم تقدم الطفل من خلاله؟
9. هل وقت تطبيق المنهج كاف ومناسب لإشباع الحاجات الخاصة للطفل؟
10. هل القيمة التي سوف يطبق فيها المنهج مناسبة؟
11. هل أساليب المعلم في التعليم وقدراته مناسبة لتطبيق المنهج؟
12. هل يحتاج المنهج إلى أدوات وتجهيزات خاصة وهل هي متوفرة إذا احتاجها التطبيق؟
13. هل يعلّم المنهج تعميم المهارات المكتسبة؟
14. هل يتمتع المنهج بالخصائص السيكومترية المناسبة؟
15. هل يعكس المنهج أدوار فريق العمل متعدد التخصصات؟
16. هل يمكن تقييم مدى فعالية المنهج؟ (Gargiulo and Kilgo, 2000).

الفصل الخامس

نماذج تقييم خدمات التدخل المبكر

- المقدمة
- مبادئ عامة
- نماذج تقديم الخدمة
- اختيار نموذج تقديم الخدمة
- برامج المراقبة
- البرامج المستندة إلى المنزل
- البرامج المستندة إلى المركز
- البرامج المزجية (التي تجمع بين اثنين من البرامج)
- البرامج خارج المنزل
- الرعاية الطبية أو العلاجية
- أوضاع الاندماج أو الاحتواء الشامل
- الدمج
- البيئة الأقل تقييدا
- الاحتواء الشامل
- الخدمات الانتقالية
- خطة خدمة الأسرة الفردية
- البرنامج التربوي الفردي
- النموذج الافضل واتخاذ القرار
- اعتبارات في اختيار استراتيجية التدخل المبكر

الفصل الخامس

نماذج تقديم خدمات التدخل المبكر

Models of Early Intervention Services Delivery

المقدمة Introduction

تهدف خدمات التدخل المبكر والتربية الخاصة المبكرة إلى تقديم خدمات للأطفال المعرضين للخطر، والأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، بحيث تساعدهم على أفضل بداية نمائية ممكنة. فالتربية الخاصة في الطفولة المبكرة مشتقة من إدراك أهمية تقديم الخدمات والتدخلات العلاجية المبكرة للأطفال الصغار من ذوي الإحتياجات الخاصة ما أمكن وشاملة في الأوضاع الأقل تقييداً Least Rescrictive Setting. ومع أهمية تقديم خدمات التدخل المبكر، إلا أنها تبرز معضلة وتحدياً أمام الأخصائيين في تطوير أنظمة تقديم خدمات هدفها الأساسي توفير وتقديم خدمات التدخل المبكر في البيئات المدمجة. وهذا أيضاً يضعهم أمام تحد في تصميم أفضل الخدمات للأطفال الصغار من ذوي الاحتياجات الخاصة، والأطفال المعرضين لخطر التأخر النمائي وتحقيق احتياجات وأهداف أسرهم.

وفي هذا الفصل سنحاول جاهدين عرض الخيارات والنماذج المتوفرة في تقديم خدمات التدخل المبكر. وآلية التعاون وتنسيق الجهود بين الأخصائيين لضمان وظيفة فعالة لخدمات وتحقيق احتياجات أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم .(Allen and Cowdery, 2012; Gargiulo and Kilgo, 2000)

مبادئ عامة General Principles

يشير كل من بريانت وجراهام (Bryant and Graham, 1993) إلى خمسة مبادئ يجب أن تؤخذ بالاعتبار في نموذج تقديم الخدمة:

1. بغض النظر عن نوع نموذج تقديم الخدمة، فإنه يجب أن يكون أقل تقيداً، ومعظمه في البيئة الطبيعية للطفل وأسرته.
2. يجب أن تركز النماذج على الأسرة وتستجيب لخصائصها واحتياجاتها.
3. يجب أن يكون نموذج تقديم الخدمة مشتملاً على تخصصات متنوعة لتحقيق أفضل مشاركة من قبل الطفل وأسرته.
4. يجب أن تستند الممارسات وإجراءات تقديم الخدمات إلى النتائج البحثية التجريبية.
5. يجب أن تكون الخدمات المقدمة للطفل وأسرته فردية ومناسبة نمائياً لهم.

وبالإضافة إلى الخدمات المركزة على الأسرة فإن هناك تأكيداً على أهمية الرعاية المستندة إلى المجتمع Counity-based care وذلك كمبدأ موجه لآلية تقديم الخدمات، وفي الماضي كانت هناك صعوبة على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والذين يعانون من أمراض صحية في تلقي خدمات يومية في بيئاتهم وأماكن إقامتهم في المخيمات. وتقدم البرامج المستندة إلى المجتمع خدمات وخبرات مناسبة وبأدنى تكلفة (Bryant and Graham, 1993).

نماذج تقديم الخدمة Models of Service Delivery

تتنوع طرق تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع تنوع احتياجاتهم الخاصة واحتياجات أسرهم. وعلى نحو عام، فإن العوامل التالية تؤخذ بالاعتبار عند تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال الرضع وأطفال المشي المبكر من ذوي الاحتياجات الخاصة:

1. الشدة أو الكثافة Intensity.
2. المدة Duration.
3. الوضع Setting.

4. هيئة المختصصين في المؤسسة Periondel.
5. التكلفة Cost.

كما أن الظروف الخاصة بكل مجتمع تؤثر على الخصائص المميزة لبرامج التدخل المبكرة المتوفرة. وعلاوة على ذلك فإن الظروف الخاصة بالأسرة تؤثر أيضاً على أنواع البرامج المختارة. وإضافة إلى ما سبق ذكره، فإن الفروقات في طرق تقديم الخدمات لها أيضاً تأثير على فاعلية البرامج المقدمة للأطفال الصغار.

وتشتمل نماذج تقديم الخدمة على دمج أو توحيد للفلسفات والإستراتيجيات وفريق العمل وأوضاع تقديم خدمات التدخل المبكر في مستوى البرنامج، ومن الطرق التقليدية في تصنيف أنظمة تقديم الخدمات نوع الوضع الذي يتلقى فيه الطفل الرضيع أو طفل سن المشي الخدمة، فعلى سبيل المثال، في منزله أو في برنامج رعاية الطفل ومدمج مع آخرين أو مركز رعاية طبية. وعلى نحو عام، فإن التنوع في الأوضاع والنماذج يعتمد على شدة ومدة الخدمات، والفلسفة المستمدة منها الخدمات وعلى خبرة الأشخاص الذين يقدمون الخدمات وخصائص الأطفال وأسرهم. وليس شرطاً أن تكون البرامج استثنائية، فقد تكون دمجية وتتماشى مع رغبات الأسرة. ويعرض الشكل (5-1) النماذج الرئيسية لتقديم خدمات التدخل المبكر وذلك اعتماداً على شدتها أو على نوعية الخدمات التي يتلقاها الطفل في البرنامج. فعلى سبيل المثال مراقبة البرامج تشمل فحصاً مؤقتاً أو زيارات مؤقتة. ففي البرامج المنزلية فإن الأخصائيين قد يشاهدون الطفل والأسرة مرة كل أسبوع. وفي البرامج المستندة إلى المستشفى، فإن الطفل قد يتلقى رعاية متخصصة على مدار 24 ساعة. وفي كل من هذه النماذج فإن الخدمات الإضافية المحددة قد تضاف، والخدمات تشتمل على:

1. خدمات العلاج الوظيفي Occupational therapy.
2. خدمات العلاج الطبيعي Physical therapy.
3. خدمات العلاج الكلامي Speech therapy.
4. الخدمات الصحية Health services.
5. خدمات الدعم الأسري Family Support services.

وهذه الخدمات تشارك في اختيارها الأسرة حتى تحقق وتشبع احتياجاتها وتناسب خصائصها.

لقد ناقشنا سابقاً المبادئ التي يجب أن تؤخذ بالاعتبار في كل نموذج أو نظام لتقديم الخدمات. وسوف نقوم بمناقشة نماذج تقديم الخدمات، وهذا سوف يشتمل على وصف أنواع الخدمات المتوفرة في كل نموذج. ونوع الأطفال والأسرة التي تتلقى الخدمات ونتائج البحوث المتعلقة بفعالية البرامج المختلفة.

سلسلة تقديم الخدمات	الرعاية خارج المنزل		
	رعاية طبية أو علاجية	الرعاية الطبية المستندة إلى الإقامة	المستشفى
	رعاية طبية خارج المنزل تقدم للطفل الذي لا يمكن خدمته من خلال الأسرة	رعاية طبية متقدمة للأطفال ذوي المشكلات الخطيرة والذين لا يستطيعون العيش في المنزل	رعاية مستمرة دائمة للأطفال ذوي الاحتياجات الصحية

التوحيد/الدمج
البرامج المستندة إلى المركز أو المنزل: برامج حركية تشمل رعاية للطفل في المركز وزيارات منزلية

سلسلة تقديم الخدمات	البرامج المستندة إلى المركز				
	مراكز الطفل- الآباء	رعاية الطفل النمائية	الدمج العكسي	تدخل متخصص تقليدي	رعاية الطفل الطبية
	مجموعة نشاطات لتقديم الاستشارة والتدريب للآباء وخدماته تدخل للطفل	يقضي الطفل اليوم في صفوف مناسبة نمائياً في رعاية يومية مجتمعة مع أطفال ذوي نمو طبيعي	صف تدخل مبكر خاص يشمل بعض الأطفال بدون إعاقات	صفوف خاصة وخدمات تدخل تخدم فقط الأطفال ذوي الاحتياجات النمائية	رعاية تمريضية متخصصة للأطفال ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة أو الحرجة أو الذين يعتمدون على التكنولوجيا

الدعم والخدمات المستندة إلى المنزل		
الدعم الأسري: مدى الدعم المتوفر، المعلومات، النصائح، التعليم، الدعم الانفعالي	الزيارة المنزلية: دعم الآباء في منازلهم، تدريب الآباء، تدخل مباشر مع الطفل	منازل الرعاية اليومية الأسرية: دعم وخدمات لمقدمي الرعاية للطفل ذوي الاحتياجات الخاصة

الرقابة/المراقبة Surveillance	
المراقبة الصحية: فحوص صحية متكررة	المراقبة: المراقبة المنتظمة لحالة الطفل النمائية

شكل رقم (5-1): استمرارية نماذج التدخل المبكر

(Bryant and Graham, 1993)

لقد وضّح لنا الشكل السابق البدائل والنماذج المتعددة التي تقدم خدمات للأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، وهذا التنظيم كما رأينا يعود إلى النموذج الذي يقدم الخدمة أو أين تقدم الخدمات. ويعتمد موقع تقديم الخدمات على عوامل مثل:

1. عمر الطفل: طفل رضيع مقابل طفل دون سن المدرسة.
2. الاعتبارات الديمقراطية: الريف مقابل المدن.
3. خصائص الطفل: شدة ونوع الإعاقة.
4. المصادر المجتمعية.
5. أهداف الطفل وأسرته.
6. فلسفة وفوائد المؤسسة التي تقدم الخدمات والبرامج.
7. دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العامة مع إخوانهم العاديين.

ومع تنوع البرامج الخاصة بخدمات التدخل المبكر؛ فإنه لا يوجد برنامج يصنف على أنه الأفضل في تقديم خدمات التدخل المبكر وخدمات التربية الخاصة. وبغض النظر عن مكان الخدمات المقدمة؛ فإن البرامج على نحو عام يجب أن تشتمل الأبعاد الآتية:

1. أماكن الدمج، وفيها يتفاعل الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة مع إخوانهم غير المعاقين.
2. الشمولية، وتشتمل مدى واسعاً من الخدمات المتوفرة.
3. الوضع الطبيعي، ويعود إلى المهارات المناسبة نمائياً واستراتيجيات التدخل والتعليم في أوضاع متنوعة.
4. التكييف، ويتضمن إجراءات مرنة لإشباع الاحتياجات الفردية للطفل.
5. مرجعية الرفاق والأسرة، وفيها يدرك الوالدان بأنهما مشاركان حقيقيان ويوجه المنهاج لاحتياجات الطفل وأسرته ورفاقه ومجتمعه (المنهج البيئي).

6. الإسناد إلى النتائج، ويشتمل تطوير مهارات تستخدم في الوقت الراهن والمستقبل والمشاركة في أوضاع الدمج.

وحديثاً، فإن قسم الطفولة المبكرة Division for Early Childhood (DEC) التابع لمجلس الأطفال غير العاديين الأمريكي Council for Exceptional Children طور مجموعة من المعايير والممارسات لبرامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. وهذه الممارسات التي أوصى بها قسم الطفولة المبكرة تتضمن خمسة مبادئ عامة تعتبر بمثابة إرشادات لاختيار أفضل مؤشرات الممارسة، وهي على النحو الآتي:

1. الوضع في البيئة الأقل تقييداً أو الأوضاع الأكثر قرباً إلى الوضع أو البيئة الطبيعية.
2. الخدمات المركزة على الأسر.
3. استخدام منهج تقديم خدمات متعدد التخصصات.
4. الاشتمال على الممارسات المناسبة للفرد نمائياً.
5. اشتمالها على نتائج بحوث تجريبية وممارسات مستندة إلى التقييم.

كما أن القسم طور معايير للنماذج التي تستند إلى المنزل والمستندة إلى المركز والمقدمة في العيادات، هذا بالإضافة إلى الخدمات المقدمة في المستشفيات. وليس الكم هو المعيار فقط ولكن أيضاً النوعية Quality في الخدمات المقدمة يجب أن تؤخذ بالاعتبار. فالاحتياجات الخاصة بالأطفال وأسرهم هي التي تحدد أين Where وكيف How وما هي الخدمات What التي يجب أن تقدم. وبالإضافة إلى ذلك فإن عامل الزمن يؤخذ في الاعتبار عند تقديم الخدمة، فعلى سبيل المثال الخدمات الضرورية في التسعينيات من القرن الماضي قد لا تكون نفسها ملحة أو ضرورية في القرن الحادي والعشرين. ويوضح الجدول التالي الممارسات المقترحة لنماذج تقديم الخدمة.

جدول رقم (5-1): ممارسات مقترحة لنماذج تقديم الخدمة

• على فريق العمل في البرنامج أن ينسق خدمات التدخل المبكر مع النماذج الأخرى المتوفرة والتي تقدم خدمات وفقاً لاحتياجات الطفل وأسرته.
• يجب أن تشمل الخدمات قياساً لمدى فعاليتها كما أن نتائجها يجب أن تصل إلى الأسر وبشكل روتيني.
• يجب أن تستند طبيعة الخدمات المقدمة على الأسر ووفقاً للبدائل المتوفرة.
• على برامج التدخل المبكر أن تراقب وبشكل متكرر تقديم الخدمات وذلك لضمان مصداقية الإجراءات والنتائج التي يتم الوصول إليها في ذلك الوقت.
• تنظم البرامج وفقاً لهيئة موظفين يتلقون تدريباً مستنداً إلى الكفاءة مع الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات ووفقاً لأعمارهم.
• يجب أن تكون البرامج بلغة الأسر المفضلة.
• يجب أن توفر البرامج خدمات فردية استجابة إلى خصائص الأطفال وتفضيلاتهم واهتماماتهم وقدراتهم وحالاتهم الصحية.
• يجب على فريق العمل في البرامج أن يراقب وعلى نحو متكرر الخدمات والتنقلات وإجراء تغيرات في البرامج كلما دعت الحاجة إلى ذلك.
• يجب على فريق العمل أن يستخدم إستراتيجيات وتدخلات لإشباع احتياجات الطفل وأسرته.
• على فريق العمل في البرامج أن يصمم تدخلات علاجية لمساعدة الأطفال على مواجهة مخاوفهم وقلقهم من مشكلة الانفصال. كما عليه أن يوفر تدخلات طبية وغيرها لمواجهة مثل هذه التحديات.

(Gargiulo and Kilgo, 2000)

وهكذا فقد بدا واضحاً أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يتلقون خدمات ب أماكن متنوعة، وأن مجال التربية الخاصة في الطفولة المبكرة يؤكد على أهمية لخبرات المكتسبة في أوضاع الدمج والأوضاع الطبيعية ما أمكن، وعلى ضرورة أن كون الخدمات المقدمة في هذا العصر (القرن الحادي والعشرين) شاملة وفي أوضاع

الدمج أو الاحتـواء / الإنـدماج الـشامل Inclusion (Hallahan, Kauffman, and (Pullen, 2012; Raver, 2009

اختيار نموذج تقديم الخدمة Selection of Service delivery

ما هو النموذج الأفضل في تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة؟ في محاولة للإجابة على هذا السؤال، فقد اتفق الخبراء التربويون على أنه لا يوجد نموذج منفرد نقول أنه هو الأفضل في تقديم خدمات التدخل المبكر. وكنتيجة لذلك، فهناك برامج كـثيرة تقـوم بتقـديم الخـدمات للأطفـال الـصغار ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم وكلها تحاول إظهار فعاليتها. وبمـا أنـه لا يوجـد نمـوذج يصنف على أنه الأفضل، فإذن ما هو البـديل الـذي سـيؤخذ بالاعتبـار عنـدما نقـوم بتخطيط برامج التدخل المبكـر للأطفـال الـصغار ذوي الاحتياجـات الخاصـة؟. فـإذا سئلت أن تـساعد في تـصميم برنـامج مبكـر لأطفـال معـاقين دون سـن المدرسـة في مجتمعك، فما هي البدائل التي تقترحهـا؟ وإذا طلـب منـك ولـي أمـر لطفـل مـصاب بمتلازمة داون Down Syndrome فما نوع الخدمات الخاصة التي سـوف تكـون أكثـر فائدة له الآن وللسنوات اللاحقة؟

إن بدائل أو نماذج تقديم الخدمة في التدخل المبكر يمكن أن توصـف علـى نحـو افضل وذلك ضـمن سبعة عناصر رئيـسية هي على النحو الآتي:

اولاً: المستهدف في الخدمات Who

إن أي نموذج لتقديم خدمات التدخل المبكر، يعتمد أولاً على خصائص مجتمـع محدد من الأفراد يجب أن تقدم لهم الخدمـة. فمـن هـم الأفـراد الـذين سـوف يتلقـون الخدمات المبكرة. ففي المجتمع المدرسي فإن الطلبة مستهدفون لهذه الخدمات، وكـذلك المعلمون يتلقون خدمات الإستشارة التي تـساعدهم علـى التعامـل مـع الطـلاب ذوي الاحتياجات الخاصة. وتخطيط البرامج التصليحية للأطفال. كما أن الأطفـال الرضـع والأطفال دون سن المدرسة هـم أيـضاً مـستهدفون وغيرهـم كاشـتمال الأسـر. ولأن الأطفال الصغار يقضون معظم أوقاتهم في رعاية أسـرهم فـإن الأسـر أيـضاً جـزء في برامج التدخل المبكر.

ثانياً: العمر الذي يبدأ به تقديم الخدمات When

حتى تقدم الخدمات ما هو عمر الطفل المناسب لتلقي الخدمات؟ هل سوف تقدم من الميلاد أم من عمر 2.5 سنة؟ أم 3-4 سنوات؟. في الحقيقة بعض أنواع برامج التدخل المبكر لها أعمار محددة، في تقديم الخدمات. فعلى سبيل المثال فإن من هذه البرامج ما هو متخصص في تقديم خدمات تدخل مبكر فقط للأعمار من 3-5 سنوات. والبعض الأخر يقدم الخدمات من العمر الذي تحدد فيه الإعاقة، ونجدها لذلك تقدم خدمات للأطفال الرضع وأطفال سن المشي وأطفال دون سن المدرسة.

هناك العديد من النقاشات حول العمر الأفضل الذي تقدم فيه الخدمات؟، فقد أشار البعض إلى أن أفضل عمر يستفيد الطفل فيه من الخدمات هو 3-4 سنوات. ولكن كقاعدة عامة فإنه كلما كانت الخدمات في عمر أبكر ما أمكن كلما كان ذلك أفضل.

ثالثاً: نوع الخدمات الخاصة المقدمة What

بعد تحديد الأطفال الذين يجب أن يتلقوا خدمات التدخل المبكر ومتى نقدمها فإنه يبقى علينا أن نحدد ما هي الخدمات التي يجب أن تقدم. وأفضل الخدمات هي تلك التي تستند إلى إحتياجات الطفل وأسرته. فبعض الخدمات تقدم فقط للأطفال ذوي الصعوبات اللغوية أو الصعوبات الحركية وغيرها. وبعض البرامج تقدم لمدة سنة أو أكثر فالهدف أن يتلقى الطفل وأسرته الخدمات التي يحتاجونها.

رابعاً: اين تقدم خدمات التدخل المبكر Where

ما هو المكان المناسب الذي تقدم فيه الخدمات؟. وهل الخدمات تقدم في المنزل أم المركز أم كليهما؟ ومع تنوع المكان فإنه من الأهمية بمكان أن يختار المكان الخاص بتقديم خدمات التدخل المبكر وفقاً للعناصر الآتية:

1. الموقع الجغرافي والكثافة السكانية.
2. المستوى العمري للطفل وخصائصه التي يجب أن تخدم، فالأعمار الصغيرة تحتاج إلى البرامج المستندة إلى المنزل.

م

خامساً: من الشخص الذي يقدم خدمات التدخل المكبر By Whom

من الذي سوف يلعب الدور الرئيسي في تقديم الخدمات؟ هل هو الأب أم الأسرة أم الطفل أم جميعهم؟ ومن الذي سوف يقوم بإدارة وتطبيق الخدمات بشكل رئيسي؟ ففي حالة طلبة المدارس فإن المعلمين يلعبون دوراً رئيسياً في كافة أنشطة الخدمات.

وعلى نحو عام، فإن الشخص الذي يقدم الخدمات يلعب دوراً رئيسياً في البرنامج فسواء أكان المعلم أو اخصائي الكلام واللغة أو آباء الطفل أو آباء آخرين مدربين أو غيرهم. وإن اختيار الشخص الذي يقدم الخدمات.يعتمد على عوامل مثل:

1. طبيعة الخدمات الحقيقية المقدمة.
2. المهارات والخبرات اللازمة لتحمل مسؤولية تقديم الخدمات.

سادساً: البيئة الاجتماعية للخدمات With Whom

إذا كان الأطفال الصغار هم المستهدفون في خدمات التدخل المبكر، فمع من سوف يصنفون؟، وإلى أي مدى سوف يتفاعلون مع غيرهم من الأطفال المعاقين وغير المعاقين؟ وفي العموم، فإن الأطفال الرضع وأطفال سن المشي تقدم لهم الخدمات على أساس فردي، ولأن الطفل لا يشترك بتفاعلات مع أقران ولأن الخدمات تقدم على أساس فردي ويستفيد أكثر من الاستشارة المقدمة من الآخرين وتفاعل الكبار معه فإن هذه هي البيئة المناسبة له اجتماعياً، ونمو الأطفال وزيادة وعيهم بالأفراد من حولهم وأقرانهم والأوضاع الاجتماعية فإن المكان الذي تقدم فيه الخدمات يصبح أكثر أهمية.

سابعاً: المؤشرات التي تقدم الخدمات Through Whom

من هي المؤسسة التي تقوم بتقديم الخدمات؟ فعلى سبيل المثال، المدرسة هي مؤسسة مفوضة لتقديم الخدمات ومسؤولة عنها إذا كانت الخدمات للطلاب. وفي ميدان التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، هناك العديد من المؤسسات التي تقوم بتقديم الخدمات وتنسيقها، ولكن تبقى الأسئلة التالية تثار عن هذه المؤسسات:

1. ما هي المؤسسات التي يجب أن تكون مشتركة في تقديم خدمات التدخل المبكر؟

2. كيف يمكن أن تنسق خدمات المؤسسات المختلفة؟
3. من الذي سوف ينسق الخدمات؟
4. كيف يمكن أن تتجنب ازدواجية الأدوار؟
5. كيف يمكن أن تقدم الخدمات للأطفال المعرضين للخطر دون عزلهم عن أقرانهم العاديين؟

إن طبيعة البرامج المبكرة وتعدد التخصصات التي تقدمها وتحمل المسؤولية في تقديم الخدمات وتشجيع التعاون ومراعاة الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية واستخدام طرق فعالة في تقديم الخدمات وفقا لمدى الحاجة إليها، وتوفير خبراء متخصصين في إشباع إحتياجات الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة ونوع الخدمات المقدمة وتنسيق الجهود بين المؤسسات المختلفة وفقاً لمصادر التمويل والأدوات وخبراتها، يساهم كثيراً في الإجابة عن التساؤلات السابقة. (Peterson, 1987)

برامج المراقبة Surveillance Programs

ببساطة، تعتبر المراقبة النمائية تدخلاً مبكراً. فالكشف النمائي سوف يحدد بعض الأطفال الذين لا يحتاجون إلى تقييم إضافي وفق خطة أسرية فردية. (IFSP). فقد تكون المراقبة النمائية المنتظمة للأطفال والمعلومات المتخصصة التي تقدم للوالدين هي كل ما يلزم، لوقاية هؤلاء الأطفال من التأخر النمائي المحتمل. بينما نجد أطفالاً آخرين يحتاجون إلى تقييم وإحالة.

فالأشخاص الذين يتفاعلون مع الأطفال بانتظام مثل أخصائيو الرعاية الصحية وفريق رعاية الطفل يجب أن يكونوا على كفاءة ويمتلكون مهارات متخصصة في تحديد الدلائل والعلامات الدالة على النمو غير الطبيعي. كما أن الكشف الذي يوجه إلى تحديد التأخر النمائي يجب أن يكون ممارساً على مستوى متخصص ويقدم من قبل متخصصين، ويجب أن يكون روتينياً سواء أُقدِّم من قبل أخصائيين في القطاع الخاص أو قطاع التمريض الصحي العام. وإذا فقدت الزيارات، فإن القائمين على البرنامج يجب أن يُواصلوا عبر الهاتف في محاولة لإعادة جدولة عملية المراقبة. ومثل هذا النظام

يمكن أن يوفر شبكة أمان وحماية للأطفال المعرضين لخطر التأخر النمائي. وفي عصرنا هذا، هناك العديد من البرامج الموجودة في الدول النامية والمتقدمة، وتوفر خدمات المراقبة للأطفال الصغار بشكل عام كما أن هناك برامج متخصصة مصممة لمراقبة ومتابعة الأطفال المصابين بالمشكلات والاضطرابات النمائية. كما أن هناك برامج متعددة ومتوفرة أصبحت الآن لمراقبة ومتابعة حالة الأم الحامل وكذلك لوقاية الأطفال وعلى نحو عام، فإن الأطفال يراقبون بانتظام، وتقدم خدمات الدعم الأسري ووفقاً لحاجتها. كما وتقدم برامج المراقبة خدمات للأطفال وأسرهم وذلك اعتماداً على الخصائص البيولوجية للطفل الرضيع، والخصائص الديموغرافية والاقتصادية الاجتماعية للأسر. كما أن تحديد الأطفال الرضع يلقي بمسؤوليات وواجبات على منسق خدمات الطفل من الوكالات والمؤسسات المجتمعية المنتسبة للدوائر الصحية.

فعلى سبيل المثال في الولايات المتحدة الأمريكية هناك العديد من أنظمة المراقبة القائمة وتقديم الخدمات، فتحديد الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات تدخل مبكر هي عملية معقدة، كما أن تحديد الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات أو يستفيدون منها هي عملية صعبة، هذا إضافة إلى أن إشباع احتياجات الأطفال الصغار وأسرهم من خلال البرامج المتنوعة أيضاً يواجه تحديات وصعوبات كبيرة. ومع ذلك فإن الكشف والمراقبة يحددان الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات ويقدمان معلومات عن التقدم وبشكل موثق (Bryant and Graham, 1993).

البرامج المستندة إلى المنزل Home-Based-Program

تعتبر الخدمات المستندة إلى المنزل من أكثر أشكال التدخلات المبكرة فاعلية، فهناك العديد من الأبحاث التي تؤكد فاعلية البرامج التي تركز على التنشئة الأسرية والتفاعل بين الوالدين والطفل، وأثرها في الوقاية من النتائج السلبية مثل الانفعالات والاضطرابات السلوكية. (Feldman, 2004).

ويعتقد الكثير بأن النجاح طويل المدى للبرامج لا يعتمد فقط على القدرة في تغيير بيئة الطفل مباشرة، ولكن أيضاً على تغيير البيئة التي يعيش فيها الطفل.
(Brooks-Gunn, Berlin, and Fuligni, 2000)

وتنفذ البرامج المستندة إلى المنزل في منزل الطفل، حيث تقدم الخدمات على نحو فردي للطفل وأسرته. وغالباً ما تجمع الأسر مع بعضها في منزل واحد، وذلك كما تعقد اللقاءات والاجتماعات (Peterson, 1987). والخدمات التي تقدم تكون مصممة من قبل عدد من المتخصصين. ويقوم الأخصائيون بعدد من الزيارات المنظمة والمتكررة للمنزل، وذلك بهدف العمل مباشرة مع الطفل ومساعدة الوالدين ودعمهم ومراقبة التقدم الذي يحقق. ويعتبر تأسيس العلاقة التشاركية ذات المعنى عنصراً مهما وذلك لضمان نجاح هذه البرامج. (Gargiulo and Kilgo, 2000) .

انواع البرامج المستندة إلى المنزل Types of Home-Based Program

أولاً: الدعم الأسري Family Support

يعتبر الدعم الأسري عنصراً مهما في البرامج المركزة على المنزل والأسرة. وقد كانت خدمات التدخل المبكر في الماضي تقدم الخدمات اعتماداً على الخدمات المتوفرة والمؤسسات التي تقدمها، أكثر من تقديم الخدمات اعتماداً على احتياجات الطفل وأسرته. وفي وقتنا الحاضر أصبحت احتياجات الأسرة تلقى الرعاية والاهتمام والتأكيد على إشباعها. وفي منهجية التركيز على الأسرة، فإن الأخصائيين والأسرة والمصادر الأخرى هم مساهمون متساوون في التدخل. واستناداً إلى قانون تعليم الأشخاص المعاقين أو ذوي الإعاقة (الزريقات 2010) الأمريكي IDEA، فإن منهج دعم الأسرة يستخدم تعريفاً واسعاً لاحتياجات الأطفال والأسر بما في ذلك الأدوات والدعم المعلوماتي والعاطفي الإنفعالي لإشباع احتياجات الأسرة.

وحتى تساعد الأسرة في تحديد احتياجاتها التي تتطلب الدعم، فإن التقييم الموجه لها يساعد في الكشف عن حاجاتها، كما أنه أيضاً يتضمن تنبؤا عن خطة الخدمات الأسرية الفردية، وهكذا فإن الأسر تصبح جزءاً من الحل وذلك بهدف تقويتها والتقليل من اعتمادها على الأخصائيين. وهناك العديد من الأشكال لتقديم الدعم والمصادر الخاصة بالأسر ولتحسين حياة الأسرة وتقوية قدراتها الوظيفية، وتعزيز التفاعل الاجتماعي مع مقدمي الخدمات وتحسين الإدراكات الأبوية لقدرات الأطفال الوظيفية، وهذا كله من شأنه أن يؤثر في خصائص الطفل.

والدعم الذي يقدم قد يكون رسمياً وقد يكون غير رسمي. ويشتمل المصدر الرسمي التقليدي المستشفيات وأخصائية الرعاية الصحية، وأخصائية الخدمة الاجتماعية، والمعلمون والمعالجة، وبرامج التدخل المبكر. أما الدعم غير الرسمي فيشتمل على الجيران، والأندية، والأقارب والمجموعات الجماعية. فعلى سبيل المثال، الشخص المحدود الحركة يمكن أن تقدم له خدمة رعاية الطفل لساعتين ولساعات أخرى. كما أن الكرسي المتحرك يمكن أن يغير إلى عربة تنقل. والأسر كذلك تقدم استراحات قصيرة لبعضها البعض.

والمجتمعات يجب أن تسعى إلى إشراك الخدمات الرسمية وغير الرسمية في برامج التدخل المبكر، فالدعم الأسري الفعال يعني أن تقدم الخدمات لكل من الطفل وأسرته. ويوضح الجدول التالي تطبيقات مصادر الدعم الرئيسة.

جدول رقم (5-2): تطبيقات مصادر الدعم الرئيسة

التصنيف 1	العناصر
نمو وتعليم الطفل	• معلومات عن نمو الطفل
	• فرص التعلم
	• التدخل والعلاج والتعليم المبكر
تعليم الكبار	• تعليم التنشئة الأبوية
	• التعليم والتعلم
	• معلومات عن التنشئة الأبوية
الرعاية الصحية والتعليم	• رعاية طبية وسنية
	• أجهزة وأدوات الرعاية الصحية
	• معلومات عن الرعاية الصحية
الاقتصاد	• الوظيفة
	• النقود والمصادر المالية الأخرى
رعاية الطفل	• روتين رعاية الطفل
	• الرعاية الصحية غير المتضمنة للطفل
	• طوارئ رعاية الطفل

التصنيف I	العناصر
الترفيه	• معاملات عن مصادر الترفيه
	• تسهيلات الترفيه
	• الأحداث الثقافية
متطلبات الحياة وضروراتها	• الطعام
	• اللباس
	• السكن والإيواء
	• المرافق العامة
التنقل	• التنقل الشخصي
	• التنقل العام

ثانياً: برامج الزيارة المنزلية Home Visit Program

إن خدمة الأسر في منازلهم، هو عمل تقوم به العديد من المجموعات المتخصصة، خصوصاً الممرضين وأخصائيي الخدمة الاجتماعية والمعلمين. وقد أصبحت الآن العديد من برامج الزيارات المنزلية المتوفرة والتي تقدم خدمات للأطفال الذين يعانون من التأخر النمائي، والإعاقات الجسمية، وصعوبات التعلم المحددة والذين يكون وزنهم ناقصاً عند الولادة، أو الأطفال المعرضين للخطر. وتركز برامج الزيارات المنزلية على تقديم دعم للوالدين أو تعليمهم مهارات التنشئة الأسرية وخفض الضغط النفسي والتعامل مع مصادره. كما تشتمل العديد من البرامج على خدمة التفاعل الإيجابي بين الطفل والشخص الراشد، وتقديم معلومات، وتعلم أنشطة مناسبة للأطفال الرضع والأطفال الصغار.

وتعمل برامج الزيارات المنزلية على تشجيع نمو الطفل وتنسيق الخدمات التي يحتاجها وأسرته، وإشراك الوالدين في التدخلات المبكرة. وقد صممت برامج الزيارات المنزلية بهدف مساعدة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن عند الولادة والأطفال المصابين بمتلازمة داون، وأطفال التأخر النمائي الشديد والمتوسط والأطفال الرضع المعرضين لخطر التأخر النمائي الناتج عن البيئات الملوثة وغير المناسبة.

وتمتاز برامج الزيارات المنزلية بأنها مرنة، وأنها فعالة في الملاحظة والتدريس ودعم كافة الأسر التي تمتلك طفلاً من ذوي الإحتياجات الخاصة، أو العرضة لخطر التأخر النمائي. والمنزل هو البيئة الأولية للوالدين أو الأهل والطفل. وخصوصاً الوالدين الذين يحاولون البقاء في المنزل وتقدم لهم الخدمات فيه بانتظار المولود الجديد، كما أن الطفل الرضيع أو حديث الولادة في البداية يكون المنزل هو المكان الأول له، وبالتالي يصبح من المهم أن تقدم الخدمات في المنزل لإشباع احتياجات الأسرة وطفلها، خصوصاً إذا كان من ذوي الاحتياجات الخاصة. وتبرز مسألة الخدمات الخاصة مع حالة الطفل الصحية وكلفة الخدمات والمسؤوليات المادية التي قد تظهر العزلة الاجتماعية. ومن هنا، فإن الدعم الأسري الذي يقدمه شخص متخصص بأنواع المشاكل التي تواجهها الأسر وأطفالهم ذوو الاحتياجات الخاصة يصبح عنصراً رئيسياً، وذلك لإشباع الاحتياجات بالزيارات المنزلية.

وتعتبر الزيارات المنزلية من الإستراتيجيات واسعة الاستخدام، وهي أيضاً متفرعة من واحدة إلى الأخرى وذلك اعتماداً على كثافتها والمجتمع المخدوم وفريق العمل. فقد تستخدم برامج الزيارات المنزلية أشخاصاً من المجتمع أو التمريض أو الخدمة الاجتماعية أو معلمين.

فتنوع فريق العمل وتنوع عناصر الزيارة المنزلية يؤديان إلى إيجاد صعوبات في تقييم فعالية الخدمات المقدمة من خلال المنزل. فبعض أشكال الزيارات المنزلية تخصص لخدمة الأطفال العرضة لخطر التأخر النمائي وغيرها، وقد تكون موجهة لمشكلة أخرى. ولكن تبقى كثافة الزيارات والإشراف من قبل متخصصين مدربين عاملاً مهماً في إنجاحها.

وبسبب الافتقار إلى الأسس والنظرية التي تستند إليها البرامج المنزلية وتباين المعلومات حول فاعليتها، فإن من المناسب أن تكون هذه الخدمات منظمة في سياق منهج متعدد في خدمة الأطفال الرضع والأطفال الصغار ذوي الخطر النمائي أو الإعاقات النمائية. كما أن تقديم الخدمات من خلال المنزل ليس كافياً لتشجيع نمو الطفل وتسهيله، ولكنها قد تساعد بعض الأطفال وتساعد الوالدين على الحصول على المعلومات، ولذلك فإنه يجب أن تكون عنصراً في برامج التدخل المبكر.

ويتمتع نموذج زيارة المنزل بمقدرة على خدمة الأطفال ذوي الظروف الصحية الصعبة وأطفال التأخر النمائي والمعرضين لخطر التأخر النمائي، وإشباع مدى واسع من احتياجات الأسر. فبعض الأطفال يحتاجون إلى خدمات متخصصة أكثر من تلك المقدمة عبر الزيارات المنزلية مثل العلاجات والخدمات الصحية. وقد تكون برامج أخرى تقدم هذه الخدمات ولكن تبقى الزيارات المنزلية وسيلة فعالة في مساعدة الوالدين على أن يصبحوا معلمين أساسيين لأطفالهم.

ثالثاً: منازل الرعاية الصحية الأسرية النهارية Family Day Care Homes

وتعمل هذه المنازل غالباً مع الأطفال القادمين من أوضاع اقتصادية متدنية، وبسبب تكلفتها المنخفضة ومرونة الوقت والمكان المناسب، فإن الوالدين يستطيعون أن يقرروا شكل الرعاية التي يحتاجون لها. فالآباء الذين يفضلون الرعاية النهارية يرغبون المجموعات الصغيرة والظروف الأشبه بالأسرة. ومنازل الرعاية الأسرية النهارية كفاءاتها أقل من تلك التي تقدم خدمات من قبل مجموعات متخصصة، وذلك بسبب أن خبرات الأشخاص العاملين فيها أقل وغالباً ما يكونون كباراً وليس لديهم تعليم عال في تقديم الرعاية للأطفال.

ومع ذلك فإن منازل الرعاية النهارية الأسرية تعتبر واسعة الانتشار في مجال خدمة الأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة. وهي تعتبر أيضاً مصدراً في تقديم الخدمات، إلا أن هذا المصدر لا يمتاز بالفعالية اللازمة وذلك كما أشرنا بسبب قلة الكفاءات ونوعية الخبرات التعليمية وقلة التدريب ومهارات العاملين في المنازل النهارية هذه في إشباع احتياجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. وكذلك قد تكون الأسرة غير قادرة على تحقيق وإشباع احتياجات أطفالها الذين يحتاجون إلى خدمات الرعاية الخاصة. وفي مواجهة هذه المعضلة، فإن العديد من الوالدين والأسر يرغبون في تقديم الرعاية لأطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة ولكن يحتاجون إلى تدريب ودعم.

وفي الوقت الحاضر أصبح التركيز على تحسين مقدرة الأسر في منازل الرعاية الأسرية النهارية، وقد أظهرت الأبحاث فعالية هذه المنازل التي تقدم خدمات للأطفال الرضع وأطفال في سن المشي.

وإذا حصل الأشخاص العاملون في المنازل النهارية الأسرية على الدعم والمساعدة المتخصصة والتشجيع اللازم لتقديم رعاية نوعية، فإن هذه المنازل سوف تصبح من الأماكن الجيدة جداً في خدمة مدى واسع من أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، والأطفال ذوي الظروف الصحية الصعبة، خصوصاً أولئك الأطفال الذين يعانون من إعاقات بسيطة ومتوسطة. والمنازل الأسرية النهارية هي غير قادرة على إشباع احتياجات أسر اخرى، ولذلك تبرز الحاجة إلى إضافة عناصر اخرى للخدمة في هذا النموذج من تقديم الخدمات، كأن تكون عناصر تركيز على الأسرة، فبعض الأطفال يحتاجون إلى كثافة في العلاجات المقدمة أو الخدمات الصحية، وكذلك يمكن إضافة الدعم الأسري إلى هذه الخدمة. (Bryant and Graham, 1993).

إيجابيات وسلبيات البرامج المستندة إلى المنزل

تحقق البرامج المستندة إلى المنزل إيجابيات كثيرة منها:

1. وصولها إلى مدى واسع من المجتمعات في المدن والقرى.
2. تقديم الخدمات في بيئة مألوفة إلى الطفل.
3. فرصة الوالدين في التدخل في السلوكيات الناتجة في شكل طبيعي.
4. سهولة المحافظة على المهارات المكتسبة في السياقات الطبيعية.
5. قلة إعاقة الروتين اليومي للطفل وأسرته.
6. فعاليتها في خدمة الأطفال الذين تقاوم أسرهم إرسالهم إلى المراكز.
7. إكساب الوالدين والأمهات مهارات تقديم الرعاية للطفل من خلال التدريب الذي يقدم لهم.

أما السلبيات المرتبة على البرامج المستندة إلى المنزل فهي:

1. التدريب الفردي (واحد إلى واحد) يأخذ وقتاً طويلاً من قبل الأخصائيين وخفض مقدار الأطفال المستخدمين فهي بالتالي تصبح مكلفة.

2. يتطلب من فريق العمل السفر الطويل، وهذا يترتب عليه قضاء ساعات في السفر بدلاً من تقديم الخدمات.
3. لأن الفريق يحتاج إلى التنقل والتفاعل مع الوالدين والطفل، فإن هذا يقلل من الأطفال المخدومين مقارنة بالبرامج المستندة إلى المركز.
4. تتطلب البرامج المستندة إلى المنزل تدريب الأسر وتحميلها المسؤولية في الخدمة، فبعض الأسر تشترك وأخرى لا تتحمل المسؤولية.
5. تلعب جوانب الفقر وقلة التفاعل الاجتماعي مع بعض الأسر دوراً في خفض فعاليتها (Peterson, 1987; Gargiulo and Kilgo, 2000).

البرامج المستندة إلى المركز Center-based Programs

يتلقى الأطفال الصغار ذوو الاحتياجات الخاصة التدخلات العلاجية في هذا النوع من البرامج في الصفوف أو ربما يتلقونها خارجها. فعلى سبيل المثال العلاج الوظيفي يمكن أن يمارس مع الطفل أثناء لعبه أو أثناء سياق الأنشطة الصفية. وقد يكون اللعب قصدياً في طاولة تتضمن أنشطة حسية، فقد يكتشف الطفل الفروق في الأدوات والمواد المستخدمة مثل التراب والرز. كما قد يكون العلاج الكلامي على سبيل المثل منظماً خلال تفاعل غير رسمي بين الكبار والطفل (Duulap, 1997).

وغالباً ما تنفذ البرامج المستندة إلى المركز في المناطق السكنية عالية الكثافة أو في المراكز القريبة والسهلة الوصول بالنسبة للوالدين. والبرامج المستندة إلى المركز يمكن أن توضع أو تكون موجودة في مراكز الطفولة المبكرة أو المدارس الأساسية أو الابتدائية، أو البنايات التجارية أو العيادات أو الجامعات (Peterson, 1987).

وتعتبر البرامج المستندة إلى المراكز من أكثر البرامج المألوفة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تتراوح أعمارهم من الثالثة إلى الرابعة من العمر. وينقل الأطفال في هذا النوع من النماذج إلى الأماكن التي يتلقون فيها خدمات التدخل المبكر من الأخصائيين الذين ينتمون إلى تخصصات متنوعة، مثل، أخصائيو العلاج الطبيعي والوظيفي أو أخصائيي أمراض الكلام واللغة وغيرهم. وهذا النموذج يستند في عمله إستراتيجية التخصصات المتعددة في تقديم خدمات التدخل المبكر مع الأطفال ذوي

الاحتياجات الخاصة والأطفال العرضة لخطر التأخر النمائي. ويتشارك فريق العمل هذا الخبرات، ويتعاونون في تقديم الخدمات، كما وينسقون خدماتهم وجهودهم في البرنامج التربوي الفردي. ويعتبر المعلم هو المقدم الرئيسي لخدمات التدخل مع الأطفال دون سن المدرسة الذين يعانون من الإعاقات.

وتفضل العديد من البرامج المستندة إلى المركز إشراك الوالدين كمساهمين حقيقيين وكجزء من فريق العمل. وتحقق من خلال هذه المشاركة الفائدة التي تعود على كل من الأطفال وأسرهم. وتعمل مشاركة الوالدين على زيادة فعالية التدخلات. ويحضر الأطفال البرامج هذه لساعات عديدة.كل يوم. كما أن بعض الأطفال الصغار يشاركون في البرامج اليومية، بينما آخرون يشاركون من 2-3 مرات اسبوعياً (Gargiuli and Kilgo, 2000).

وتنوع الخدمات التي تقدم إلى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم لتشمل أوضاع رعاية متنوعة تأخذ في مداها المراكز الخاصة بالوالدين والأطفال على حد سواء إلى رعاية الطفل المنتظمة ورعاية الطفل المتخصصة مثل المراكز النهارية النمائية ورعاية الطفل الطبية. وفيما يلي عرض لأنظمة الخدمات المستندة إلى المركز:

أولاً: مراكز الأباء-الطفل Parent-Child Centers

تعود فكرة إنشاء مثل هذه المراكز إلى خدمة الأسر والأطفال الذين يعانون من الدخل المحدود، ويعود تاريخ إنشائها إلى عام 1960 في الولايات المتحدة الأمريكية حيث عمل مكتب الفرص الاقتصادية الأمريكي على تعليم ودعم الوالدين ذوي الدخل المحدود من خلال مراكز أسرية ذات أهداف متنوعة. وبعد ذلك أنشئت العديد من المراكز التي تهدف إلى تعليم الوالدين وتقديم الخدمات الصحية والاجتماعية لأسر الأطفال الرضع وأطفال سن المشي وحتى سن الثالثة من العمر. والهدف الأساسي لهذه البرامج هو تزويد الأسر بالخدمات من الرعاية المناسبة والإثارة اللازمة للأطفال الرضع، ومواجهة معوقات تقديم الخدمات مثل الفقر وتدني التعليم. وفي هذا النوع من البرامج تحضر الأم من 6-20 ساعة اسبوعياً، خاصة بلقاءات مع المجموعات الأسرية في مراكز نمو الطفل وورشات عمل خاصة في المجتمع والتفاعل مع الطفل

وفريق تمريض الطفل. كما تهدف مراكز الطفل- الوالدين تعليم الوالدين مهارات التعامل مع الأطفال والاحتياجات النمائية للطفل والاحتياجات المستمرة للوالدين.

كما تقدم هذه المراكز خدمات لمجموعة الأطفال الرضع والأطفال في سن المشي من ذوي الاحتياجات الخاصة. ويلعب أخصائيو التدخل المبكر دوراً في توجيه الأنشطة لتحقيق الاحتياجات النمائية للأطفال الصغار. وتلتقي مجموعة الأطفال مرة أو مرتين كل أسبوع ومن ساعة إلى ساعتين، وتشتمل خدمات التدخل الأساسية على الخدمات التالية:

1. خدمات الاستشارة وتدريب الوالدين القائمين على خدمة الطفل.
2. خدمات تدخل مبكر خاصة للطفل.
3. العلاجات المتنوعة.
4. خدمات التقييم.

وتتصف مراكز الطفل-الآباء بأنها قادرة على توفير خدمات التدخل لكم واسع من الأطفال وأسرهم ووفقاً لاحتياجاتهم الخاصة. وتعتبر هذه المراكز بأنها نموذج تقديم خدمة رئيسي للأطفال الرضع وأطفال سن المشي من ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أن هذه المراكز وسيلة فعالة في تقوية مهارات الوالدين كمعلمين لأطفالهم. ومع هذه الحسنات فهذه البرامج لا تحقق الاحتياجات بدرجة عالية، كما أن البيانات حول فعاليتها ما زالت قليلة.

فبعض الأطفال يحتاجون إلى خدمات مكثفة أكثر من تلك التي تقدم في مراكز الطفل-الآباء، كما أن بعض الأطفال يحتاجون مشاركة كاملة للوالدين، وهذا وضع يعتبر مقيداً لهذه المراكز لأن ليس كل الوالدين قادرون على ترك أعمالهم أو تفريغ أوقاتهم للأطفال. وهكذا فهذه المراكز قد لا تكون قادرة على توفير تدخلات مبكرة شاملة تحقق احتياجات الطفل وأسرته. إلا أن هذا النموذج يمكن أن يوفر بعض الخدمات التدخلية الخاصة لمجموعات من مقدمي الخدمات وأطفالهم وربما تشبع بذلك احتياجات بعض الأسر التي تمتلك أطفالاً ذوي إحتياجات خاصة.

ثانياً: رعاية الطفل النمائية Developmental Child Care

هذا النوع من النماذج يقدم رعاية نمائية للطفل من خلال فريق عمل مدرب جيداً ولديه المهارات اللازمة، ويهتم هذا النموذج بالبيئة المناسبة نمائياً. وتقدم المراكز الرعاية النمائية للأطفال من مرحلة الرضاعة إلى سن المدرسة في معظم المجتمعات والدول. وتتنوع البرامج النمائية ورغم أنها تدعم من جهات مختلفة فقد تكون المؤسسات الدينية أو المراكز الخيرية هي القائمة عليها والممولة لها، ويسعى نموذج رعاية الطفل النمائية إلى توفير فرص متساوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الحصول على خدمات التدخل المبكر، كما يسعى إلى زيادة القدرة في الوصول إلى التدخلات الخاصة والخدمات الداعمة اللازمة لتحقيق الاحتياجات الفردية للطفل ذي الحاجة الخاصة.

في العموم يعتبر الوصول إلى خدمات تدخل نمائية عالية الجودة مشكلة في مراكز رعاية الطفل النمائية، وهذه المشكلة نتجت عنها ثلاث مشكلات متداخلة وهي:

1. إمكانية الوصول إلى أي من مراكز الرعاية ككل.
2. تكلفة الرعاية.
3. سلبيات أو مقيدات ا لبرامج.

فمع زيادة عدد الأمهات العاملات فهناك سلبيات ترتبط بالدرجة الأولى بخدمة الأطفال الرضع وأطفال سن المشي، كما أن خدمة هؤلاء الأطفال في المراكز مكلفة أكثر من التي قد تقدمها الأسرة أو منازل الرعاية النهارية الأسرية. وهذا قد يؤدي إلى زيادة تكلفة الحياة على الأسرة لأكثر من 15٪ وتزداد المشكلة إذا كانت رواتب أو دخل الأسر محدودة، أو كانت الأسر من ذوي الدخل المتدني. ومع كل ذلك فإن الوالدين يفضلون وضع أطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة فيها لاعتقادهم بأن فرص ومهمات التعليم والتعلم تكون أفضل. ومع تكلفة رعاية الطفل ذي الاحتياجات الخاصة، فإن المنطق يفرض على الأسرة أن تبحث عن مصدر دخل إضافي لتغطية التكلفة الإضافية الخاصة بتشخيص الطفل وعلاجه وتوفير الرعاية الطبية له، ولتوفير رعاية للطفل أثناء عمل والوالدين، فهناك إمكانات في الأوضاع التعليمية الشاملة التي

تقدم فيها الخدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين، حيث يعتبر الاحتواء الشامل Inclusion بديلاً تربوياً متوفراً للأطفال بغض النظر عن صعوبات تعلمهم أو مشكلاتهم المعرفية أو إعاقاتهم. كما أن التكلفة في بديل الاحتواء الشامل أقل بنصف التكلفة تقريباً من تلك التي تتطلبها المراكز الخاصة.

وتظهر مشكلة عمل آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة خارج المنزل، حيث أن القليل من مراكز التدخل المتوفرة تقدم خدمات ليوم كامل، فمعظمها ينهي عمله ما بين الساعة 2-3 مساء ومن هنا تبرز حاجة الوالدين لبدائل أخرى. وتقدم مراكز رعاية الطفل بديلاً جيداً في خدمة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين. كما أن الوالدين يختارونها بسبب الساعات الطويلة والأماكن المناسبة لها وقلة الوصمة ووجود فرص لتفاعل الطفل مع غيره من الأطفال العاديين. إلا أن برامج رعاية الطفل لا تقدم تعليماً أبوياً أو مجموعات دعم، وهذا قد يفسر عدم الإشباع الحقيقي لاحتياجات الأسر في الدعم الخاص.

والأطفال ذوي الاحتياجات النمائية أو الصحية أو ذوي الإعاقات البسيطة إلى المتوسطة يتلقون خدمات أفضل في هذا النموذج، فهناك فرص متنوعة مناسبة لإشباع الإحتياجات الخاصة للأطفال الذين يعانون من ظروف صحية وإعاقات، حيث تقدم لهم الخدمات وفقاً لنموذج استشاري مدرب ويوفر خدمات ضرورية لمقدمي الخدمات. والخدمات التي تبرز الحاجة لها هنا هي الخدمات الصحية مثل خدمات الرقابة الصحية والاستشارة التمريضية وخدمات الدعم الأسري كتدريب الوالدين وإرشادهم. وفي المقابل على الأسر أن توازن بين ما يكتسب من النموذج الدمجي مع ما يكتسب من النموذج التخصصي أو البرامج المكثفة.

ومن معوقات انتشار هذا النوع من برامج الرعاية عالية الجودة التي يجب أن تقدم أنها كما أشرنا مكلفة. ومع ذلك فإن هذه البرامج تسهل تقديم خدمات التدخل المبكر، وأنها تقدم مساعدة تقنية وتمكن الوصول إلى خدمات الاستشارة والتدريب.

ثالثاً: الدمج العكسي Reverse Mainstreaming

لقد أشرنا سابقاً إلى أن مراكز الرعاية المنتظمة تقدم خدمات لذوي الإحتياجات الخاصة بمفردهم. ولكن عندما يضاف الأطفال العاديون إلى الخدمات الخاصة فإنه

يعود إلى مفهوم الدمج العكسي. وتخدم برامج الدعم العكسي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل أوسع، وقد تكون نسبة ذوي الاحتياجات الخاصة حوالي 40٪ إلى 60٪ ذوي احتياجات طبيعية. والمعلم الذي يعلم الأطفال يكون غالباً معلماً مدرباً في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة ولديه خبرة مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ويمتاز هذا النموذج بفائدة مزدوجة من حيث تقديم خدمات وتدخلات خاصة مكثفة وفي الوقت ذاته تتيح أو تطور لدى الأطفال فرص التفاعل مع الأطفال العاديين.

ويقدم هذا النموذج مستوى من الكثافة اللازمة من الخدمات للأطفال ذوي الاحتياجات النمائية المتوسطة إلى العالية. كما أن الخدمات الصحية يجب أن تقدم لإشباع الاحتياجات الطبية القائمة. ويقدم نموذج الدمج العكسي مستوى عالياً من الدعم الأسري بغض النظر عن طفلهم، فهو يقدم خدمات تدريب ودفاعاً عن حقوقهم وتنسيقاً للخدمات. ومع ذلك فهذا النموذج في العموم محدود في تعامله مع الاحتياجات الأسرية الممتدة. كما أن مساعدة الخدمة الاجتماعية ربما تساعد الأسرة في تحقيق خدمات أخرى لازمة. ومن حسنات نموذج الدمج العكسي انه يوفر البيئة الدمجية التي يتعلم فيها الأطفال والخدمات وفريق العمل المتخصص.

رابعاً: نموذج التدخل المبكر المتخصص التقليدي

Traditional Specialized Early Intervention Model

يقدم نموذج التدخل المبكر المتخصص التقليدي خبرات متخصصة من قبل فريق متخصص وذي كفاءة ومهارة في تقديم خدمات التدخل المبكر لكل من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال الصغار في أوضاع معزولة. وكل من الخدمات التربوية والعلاجات المكثفة متوفرة في هذا النموذج، فالخدمات الصحية اللازمة تقدم من خلال الاستشارة والخدمة التمريضية، والتدريب يمكن أن يحقق ويشبع الاحتياجات الصحية الملازمة للإعاقة لدى الطالب.

والأطفال ذوي الاحتياجات النمائية العالية ربما تكون أفضل خدمة لهم تقدم من خلال هذا النموذج. وفي هذا النموذج تشتمل الخبرات الطبية اللازمة لخدمة الأطفال الذين يعتمدون على التكنولوجيا وذوي الحالات الصحية المعقدة.

ويتطلب هذا النموذج أخصائيين مدربين ولديهم خبرات في تقديم الخدمات على مستوى عال من الجودة وتوفير الدعم الأسري. وقد لا تتوافر مصادر دعم أخرى في هذه الأسر مثل الخدمة الاجتماعية. ويستطيع هذا النموذج من الخدمات أن يوفر خدمات مناسبة ومكثفة ومستندة إلى المركز، إلا أن البيئات التعليمية ليست مناسبة نمائياً للطفل. والعديد من حقوق التدخل هنا تدار من قبل معلمين وتمتاز بأنها منظمة. وتفيد أنها توفر فرصاً محدودة في اللعب خارج الصف والموسيقى وغيرها من الأنشطة التي يمكن أن تعزز الوضع الطبيعي للطفل. إلا أن قلة التفاعل مع الأطفال العاديين يحد من قدراتهم الاجتماعية ويقوي الصحة. كما أن عدد البرامج المتخصصة قليلة وهذا يؤدي إلى وجود قوائم انتظار كثيرة لتلقي خدمات التدخل المبكر.

والبرامج المتخصصة تقدم خدمات تدخل مبكر ذات كثافة عالية إلا أنها تمنع الاستفادة الى حد ما من الخدمات والخبرات الطبيعية.

خامساً، رعاية الطفل الطبية Medical Child Care

لتجنب وضع الطفل في المستشفى لفترة طويلة، ولتجنب عزل الطفل وتقليل الكلفة في رعايته، فإن هذا النموذج يوفر خدمات طبية للطفل من خلال فريق عمل ذي مهارة وكفاءة في تقديم الرعاية. وبالنسبة للعديد من الأسر فإن هذا المستوى من الدعم الطبي هو الذي يمكنهم من عدم وضع أطفالهم في المستشفيات لتلقي العلاج.

ويعتبر نموذج رعاية الطفل الطبية، نموذجاً يوصف بشكل متكامل من الطبيب، وانه مناسب لأولئك الأطفال ذوي الاحتياجات الصحية غير الاعتيادية التي تتطلب خدمات التمريض وعلاج الأوكسجين Oxygen therapy وغيرها من الخدمات الطبية. كما أن هذا النموذج مصمم لتقديم تدخلات وعلاجات لتحقيق الاحتياجات النمائية الملازمة للإعاقات، وتتطلب خدمات صحية مكثفة. كما أن مثل هذا النوع من الخدمات يمكن أن يوفر خدمات لمدى واسع من الأسر ليناسب أيضاً مدى واسعاً من الاحتياجات. فهذا النموذج يقدم دعماً للأسر وفرصاً تعليمية لزيادة قدرة الأسر على إدارة وضبط الاحتياجات الطبية للطفل.

إلا أن مدى توفر هذا النموذج محدود في المدن والريف، وخصوصاً في المجتمعات الصغيرة، كما أن رعاية الطفل الطبية مكلفة. ومع ذلك يبقى هذا النموذج يشبع إحتياجات الأطفال الطبية بعيداً إلى حد ما عن العيادات والمستشفيات.(Bryant and Graham, 1993)

إيجابيات وسلبيات البرامج المستندة إلى المركز

تشتمل إيجابيات البرامج المستندة إلى المركز على:

1. سهولة الوصول إلى فريق عمل متخصص والاستفادة من خبراتهم في رعاية الطفل.
2. تزويد الطفل بتدريب مكثف.
3. تطوير مهارات الطفل الاجتماعية بالإضافة إلى توفير فرص للتفاعل الاجتماعي مع الأقران من نفس العمر وذوي القدرات الطبيعية.
4. سهولة الوصول إلى خدمات شاملة من متخصصين متنوعين.
5. سهولة الوصول إلى الأجهزة والأدوات المتخصصة.
6. إشراك ودعم الوالدين العاملين.
7. إكساب الطفل خبرات تمكنه من الالتحاق ببرامج رياض الأطفال.

أما السلبيات فهي:

1. كلفة التنقل إلى المراكز.
2. فترات السفر الطويلة في الذهاب إلى المركز والعودة من المركز إلى المنزل.
3. كلفة صيانة المركز والتجهيزات.
4. بالمقارنة مع البرامج المستندة إلى المنزل، يوفر فرصاً محدودة في إقامة علاقة عمل مفيدة أو ذات معنى مع الآباء.
5. متطلبات إدارية إضافية للمركز.
6. التكلفة والمسؤولية العالية الملقاة على فريق العمل وكلفة الخدمات المقدمة .(Peterson, 1987; Gargiulo and Kilgo, 2000)

البرامج المزجية (التي تجمع بين اثنين من البرامج)

Combination Programs

تتطلب عملية خدمة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأولئك المعرضين للخطر تتطلب فلسفات برامج مزجية وذلك بهدف تحقيق أفضل، وإشباع للاحتياجات الخاصة للأطفال وأسرهم. وتزود البرامج المزجية بمحسنات وإيجابيات كل من البرنامجين. ففي بعض الحالات فإن الأطفال في سن المشي الذين يعانون من الشلل الدماغي يتلقون خدمات مدمجة في مركز رعاية الطفل لمدة صباحية في المركز، بينما يتلقون زيارات منزلية اسبوعياً من أخصائي أمراض الكلام واللغة والمعالج الوظيفي. كما وتبقى مشاركة الوالدين عنصراً رئيسياً في هذا المنهج الذي يمزج-برنامجين، ولأن مشاركة الوالدين عامل مهم، فإن العديد من البرامج الموجودة الآن تتبنى المنهج المركز على الأسر، في تقديم الخدمات وذلك أكثر من المنهج المركز على الطفل. وتهدف هذه الطرق إلى تقديم الدعم ومساعدة الأسرة وتقوية مصادرها وجوانب قوتها.

ولا يوجد هناك نموذج تقديم خدمة أفضل من الآخر. فالمكان الذي تقدم فيه الخدمات لا يضمن نوعية الخدمات ولا حتى فعاليتها. إلا أن منهج الممارسة الأفضل يقترح مدى واسعاً من البدائل المتوفرة التي يستطيع الوالدان من الوصول للاختيار الأفضل في إشباع احتياجاتهم واحتياجات أطفالهم. ويعتقد العديد من أخصائيي التربية الخاصة، بأن الأهم هو الوصول إلى خدمات تشبع احتياجات أطفالهم وتحقق في الوقت نفسه وظائف وقيم واحتياجات الأسرة. ومن المهم الإشارة هنا، إلى أن ما يناسب أسرة ما قد لا يناسب غيرها. فالنموذج الأفضل في تقديم الخدمات يعتمد على النواحي الآتية:

1. احتياجات وخصائص الحل من الأسرة والطفل.
2. كثافة الخدمات.
3. الخصائص الديموغرافية لمنطقة الخدمات.

وفي الحقيقة فإنه لا يوجد مكان واحد يصنف على أنه الأفضل في تقديم الخدمات للأطفال وأسرهم، ومع ذلك فإن مكان تقديم الخدمات يجب أن

يكـون مناسـباً للخلفيـة الثقافيـة والقيـم والممارسـات المـستخدمة في تنـشئة الطفـل. (Garginlo and Kilgo, 2000).

وكما أشرنا سابقاً، فإن الأسر التي تمتلك أطفالاً رضعاً أو أطفالاً في سن المشي من ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن يختاروا بين البرامج المستندة إلى المراكز النهارية أو واحد يقدم زيارة منزلية لمدة ساعة لكل أسبوع، أو أن الطفل ربما يكون فقط مؤهلاً لنوع واحد من البرامج، وذلك اعتماداً على احتياجاتهم الخاصة. فيشير البعض إلى أن التدخلات تكون فعالة أكثر عندما تكون التدخلات المستندة إلى المركـز أو التـدخلات المركزة على الطفل مصاحبة للخدمات المركزة على الأسرة أو المستندة إلى المنزل. كما أن الجمع بين الخدمات المستندة إلى المنزل والخدمات المستندة إلى المركز يمثلان نموذجاً فعالاً في تقديم خدمات التدخل المبكر.

ولقد استخدمت الزيارات المنزلية ورعاية الطفل التربويـان في برنـامجين فعـالين مع الأطفال المعرضين للخطر من أسـر ذات دخـل منخفض. فعلـى سـبيل المثـال في مـشروع ميليـوانكي Milwankee Project، فقـد تلقـت الأسـر سـاعات عديـدة من الزيارات المنزلية في الأربعة شهور الأولى بعـد الـولادة وذلـك لمـساعدة الأم ذات المولود الحديث وتوفير خدمة الانتقال إلى برنامج مستند إلى المركـز. وفي مـشروع كـير Project Care، فقد تلقت الأسـر زيـارات مـن معلمـي الأطفـال مـن وقـت دخـول البرنامج وحتى دخول المدرسة. وعنـدما بـدأ البرنـامج كانـت أعمـار الأطفـال سـتة أسابيع، واستمرت الزيارات الاسبوعية حتى بلوغ الأطفـال سـن الثالثـة مـن العمـر، ومن ثم نظمت الزيارات للأمهات وبشكل متباين لهن، فقد تراوحـت الزيـارات مـن مرة لكل اسبوع إلى مرة كل ستة أسابيع. وقد أشارت نتائج هـذه المـشاريع إلى فعاليـة الجمع بين برنامجين في تحسين قدرات الأطفال الوظيفية.

كما أشارت نتـائج مـزج المراقبـة الـصحية والزيـارات المنزليـة ورعايـة الطفـل التربوية إلى الفعالية في الوقاية من التأخر النمائي لدى الأطفال الرضع الـذين يعـانون من نقص الوزن.

وقد أشارت الخبرات التي قدمها معهـد الـسرطان الـوطني الأمريكـي للأطفـال National Cancer Institutes والتي اشتملت تدخلات شاملة لأطفال الإيـدز AIDS

وأسرهم، وتضمنت التدخلات على نظام للدعم النفسي وضبط المشكلات الصحية والعقلية وقد هدفت هذه الخدمات إلى مساعدة أطفال الإيدز.
(Bryant and Graham, 1993)

إيجابيات وسلبيات البرامج المزجية (التي تجمع بين الاثنين)

تقدم البرامج المزجية ميزات إيجابية لكل من البرامج المستندة إلى المركز (الكثافة، المركزة على الطفل، والوصول إلى المعالجين وتفاعلات الرفاق) والبرامج المستندة إلى المنزل. (المركزة على الأسرة، تدريب الوالدين، والتدخلات الفردية المنزلية)، واعتماداً على الخدمات التي تقدمها البرامج المستندة إلى المركز من دعم صحي ونمائي وغيرهما. فإن هذا البديل في تقديم الخدمة يمتاز بقدرته على توفير مدى واسع من الخدمات الفعالة للأطفال الرضع، وأطفال سن المشي الهادفة إلى الوقاية من التأخر النمائي والتعرض لخطره.

إلا أن قلة الدعم، وقوائم الانتظار للتدخلات المستندة إلى المركز والمنزل، يحدان من التدخلات الإضافية في هذا البرنامج. ولذلك فإن هذا البرنامج يصعب توفيره لعدد واسع من الأسر وأطفالها (Bryant and Graham, 1993).

ومع ذلك، فهناك اعتبارات عديدة يجب أن تراعى عند اختيار برنامج التدخل المبكر وفقاً لهذا النوع من نماذج تقديم الخدمة:

1. أهمية الموقع الجغرافي للبرنامج.
2. الكثافة السكانية.
3. المستوى العمري وخصائص الأطفال، فعلى سبيل المثال الأطفال الرضع، يستفيدون من البرامج المستندة إلى المنزل. (Peterson, 1987).

البرامج خارج المنزل Out-of-Home Programs

تمتاز الأوضاع والبرامج المقدمة خارج المنزل، بأنها تناسب الأطفال ذوي الدرجات العليا من المخاطر البيولوجية والبيئية، وعندما يكون ضرورياً ينقل الطفل من المنزل الطبيعي والأماكن الشبيهة بالمنزل إلى الأوضاع أو أماكن الإقامة والأماكن المؤسسية. ومن الأمثلة على هذه البرامج برامج الرعاية الطبية أو العلاجية.

الرعاية الطبية او العلاجية Therapeutic or Medical Foster Care

تعتبر الرعاية الطبية من النماذج التي تقدم رعاية قصيرة أو طويلة المدى التي تقدم خارج المنزل للأطفال ذوي الظروف البيولوجية الناتجة بالدرجة الأولى عن الاحتياجات الصحية الخاصة للطفل الذي لا تستطيع معه الأسرة إشباع هذه الاحتياجات.

ولقد أصبح الأشخاص الذين يقدمون الرعاية الطبية، على وعي بالآثار السلبية للإقامة الطويلة في المستشفيات على الطفل وأسرته. وبسبب المخاطر الصحية المعرض لها الطفل فإن هذا البديل يوفر بديلاً مهما في تقديم الرعاية، وتشتمل الخدمات المقدمة على الرعاية الطبية والتدريب وتنشئة تربوية للطفل. وقد يعمل مع الطفل بسبب مشكلاته الصحية المعقدة فريق عمل متخصص وآخرون مساعدون كما قد تستخدم بعض أنواع التكنولوجيا.

ومشاركة الوالدين يجب أن تكون من خلال التقييم وتطوير برنامج الخطة الأسرية وتطبيقها، فهؤلاء الوالدان يجب أن يمتلكا المهارات الخاصة بتقديم الرعاية وتحمل المسؤولية في إشباع الاحتياجات الطبية للطفل. كما ويجب أن يتوفر دليل تدريبي وإجراءات لمساعدة الوالدين على تطوير مهاراتهم لإشباع احتياجات الأطفال ذوي الاحتياجات الطبية.

ويقدم هذا النموذج رعاية طبية ذات مستوى متوسط وعال من الاحتياجات الطبية الصحية ومع ذلك فإن هذا النموذج في تقديم الخدمة لا يشبع الاحتياجات النهائية للطفل. كما أن توسيع الخدمات يصبح محدوداً ويصعب توفيره في الأماكن الريفية. كما أن العديد من الأطفال الذين يتلقون الخدمات في المستشفيات يمكن أن يخدموا أفضل أيضاً في المنازل. وبالإضافة إلى ذلك فإن الافتقار إلى الكفاءات يحد من الفعالية على نطاق واسع. ومع ذلك فإن الاحتياجات التدريبية الرئيسية يجب أن تطبق لتوسيع عدد المقدمين للخدمات ومهاراتهم، وإذا توفر هذا فإنه يمكن أن ينقل الطفل من المستشفيات إلى الأوضاع المنزلية. (Bryant and Graham 1993).

وفي الخلاصة، فإن برامج التدخل المبكر وبرامج الطفولة المبكرة قد ساعدت في وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في صفوف التربية العامة. وهكذا، فإن برامج التدخل المبكر تكون قد ساعدت الطلبة والأسر في الوصول إلى:

1. ممارسات نمائية وثقافية وفردية مناسبة، فالممارسات التعليمية والمنهاج مصممة لإشباع الاحتياجات النمائية والفردية والثقافية للطلبة.
2. بيئات طبيعية، حيث ساعدتهم في الوصول إلى أوضاع تعليم يكون لدى الأطفال فيها مهارات مناسبة.
3. تنسيق الخدمة المستندة إلى الأسرة، فعملية بناء العلاقة وتكوينها مع الأسر تساعدهم في تحديد الخدمات والوصول اليها والوصول إلى الدعم المناسب اللازم في التعلم والنمو.
4. ممارسات الانتقال، فالتخطيط وتقديم الخدمات المساعدة للأطفال على الانتقال إلى صفوف التربية العامة.

كما أن هذه البرامج قد ساعدت على زيادة المهارات الجسمية والحركية والمعرفية واللغوية والكلامية، ومهارات مساعدة الذات والتنشئة الاجتماعية وذلك لدى الأطفال من الميلاد وحتى سن السادسة من العمر. كما أن برامج التدخل المبكر هذه تساعد على خفض احتمالات الإعاقات الثانوية من الظهور، وتقوية الأسر في تشجيع نمو أطفالها وخفض احتمالية أن الأطفال المعاقين معتمدون اجتماعياً على الكبار. وقد أشارت إحدى الدراسات التي قارنت الكبار الذين تلقوا خدمات تدخل مبكر مع الكبار الذين لم يتلقوها إلى أن الذين تلقوا خدمات تدخل مبكر قد حققوا تفوقاً أكثر، والتحقوا بالمستوى العالي من التعليم، وأنهم كذلك يستخدمون خدمات اجتماعية أقل من أولئك الذين لم يتلقوها. (Salend, 2005).

أوضاع الاندماج أو الاحتواء الشامل Inclusive Settings

وكما أشرنا سابقاً فإن النماذج المستندة إلى المركز والمستندة إلى المنزل أصبحت متوفرة في تقديم الخدمات للأطفال الرضع وأطفال سن المشي والأطفال دون المدرسة من ذوي الاحتياجات الخاصة. وقد أشرنا إلى أن الخدمات المقدمة للأطفال الرضع

وأطفال سن المشي تتطلب توفير بيئات طبيعية وسوية. وهذا معناه أن هذه الأوضاع مألوفة وطبيعية لأقران الأطفال الصغار الذين لا يعانون من الإعاقات، وهذا يتضمن أيضاً الأوضاع المجتمعية. وعلى أي حال، فإن مكان التدخل المبكر وتلقي الخدمات التعليمية يجب أن يكون مناسباً لإشباع احتياجات الطفل وبما يحقق الأهداف والقيم لأسرة الطفل الصغير.



شكل رقم (5-2): الاحتواء الشامل

وأود الإشارة هنا، إلى أن هذه الأفكار في تقديم الخدمات للأطفال الصغار من ذوي الاحتياجات في الأوضاع الطبيعية ليست جديدة، كما أن معلمي التربية الخاصة قد عانوا طويلاً وتحدوا الكثير في هذا الصدد. فمن المشكلات الحرجة في هذا الاتجاه، صعوبة توفر الأماكن البديلة المناسبة في العديد من المجتمعات بالنسبة للأطفال الرضع وأطفال سن المشي والأطفال دون سن المدرسة من ذوي الإعاقات. ومع ذلك فإن الوالدين والأسر في الوقت الحاضر يرغبون في الاستفادة من الخدمات للأطفال الصغار دون سن المدرسة من ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين. ويقر الأخصائيون بأنهم لم يبذلوا الجهود الكافية في الدفاع عن الاحتواء الشامل Full Inclusion وحق الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الحصول عليه وذلك في كافة مظاهر المجتمع خصوصاً البرامج التعليمية التربوية. وفي الحقيقة فإن الاحتواء الشامل له أثر مهم في مجال التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، ويوضح الجدول التالي فوائد الدمج في مرحلة دون سن المدرسة:

جدول رقم (5-3): فوائد الدمج في مرحلة دون سن المدرسة

المستفيدون	الفوائد
الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة	• التخلص من الآثار السلبية للتربية الانعزالية والتخلص من التسميات
	• التطبيقات والاتجاهات السلبية الناتجة عن قلة التفاعل مع الرفاق العاديين.
	• توفر نماذج يتعلمون فيها مهارات جديدة تكيفية وكيف يستخدمون مهاراتهم.
	• توفر أقراناً بدون إعاقة يتفاعلون معهم ويتعلمون منهم مهارات تواصلية واجتماعية جديدة.
	• الحصول على خبرات حقيقية تعدهم للحياة المجتمعية.
	• توفر فرص تطوير وتكوين علاقات صداقة مع أقران ذوي نمو طبيعي.
الأطفال بدون الإعاقات	• توفر فرصاً لاكتساب معلومات حقيقية ودقيقة عن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
	• توفر فرص تطوير اتجاهات إيجابية باتجاه الآخرين المختلفين عنهم.
	• توفر فرصاً في تعلم سلوكيات الإيثار ومتى وكيف يستخدمون مثل هذه السلوكيات.
	• توفر نماذج حققت النجاح وتوفر فرص التعلم من هذه النماذج.
المجتمعات	• تقليل الحاجة إلى بدائل العزل والبرامج الخاصة.
	• المحافظة على المصادر التعليمية إذا وضع الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة في برامج التربية العامة في سنوات المدرسة الأساسية.

المستفيدون	الفوائد
أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة	• التعليم عن النمو الطبيعي.
	• التطور في الاندماج في المجتمعات.
	• تكوين علاقات مع أسر لديها أطفال ذوو نمو طبيعي وحصولهم على الدعم البناء.
أسر الأطفال العاديين	• تطوير علاقات مع أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
	• الحصول على فرص في تعليم أطفالهم عن الفروقات الفردية وتقبل الأفراد المختلفين.

(Gargiulo and Kilgo, 2000)

الدمج Mainstreaming

سواء دعمنا مفهوم الاحتواء الشامل أم لا، فإن معلمي التربية الخاصة يفضلون بعض درجات الدمج، وهو مفهوم يشير إلى وضع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين، وهناك أساليب متنوعة لتطبيق الدمج، وهذه الاستراتيجيات والأساليب ما زالت موضع تجريب، وليس هناك الكثير من الأدب يدعم فعاليتها. وقد اقترح العديد من المتخصصين الإستراتيجيات الأربع التالية:

1. فريق ما قبل الإحالة Prereferral teams

وهو مجموعة من الأخصائيين يعملون مع معلمي التربية العامة ويقدمون توصياتهم في العمل مع الأطفال الذين يظهرون مشكلات سلوكية. ويؤكدون لمعلم التربية العامة وليس التربية الخاصة على استخدام استراتيجيات بديلة قبل إنجاز القرار بصعوبة تدريس هذه الفئة من الطلبة وإلقاء المسؤولية على معلم التربية الخاصة.

2. الاستشارة التعاونية Collaborative Consultation

ويحقق التعاون بين معلم التربية العامة ومعلم التربية الخاصة وهذا التعاون يعتبر مفهوم رئيسي في توفير تربية خاصة مناسبة. وفي هذا النوع من التعاون يقدم

معلم التربية الخاصة الإرشادات لمعلم التربية العامة. وقد يرى معلم التربية الخاصة الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة في غرفة المصادر، أو قد يتلقى الطالب كافة تعليمه في صف التربية العامة. وتحقق الاستشارة التعاونية هدف عدم إحالة الطالب إلى معلم التربية الخاصة، وهذا يساعد في إشباع احتياجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في أوضاع التربية العامة إذا قدمت الاستشارات وتوبعت واستخدمت التغذية الراجعة في التدخلات. ومع ذلك ما زالت النتائج بحاجة إلى دعم لتأكيد فعالية الاستشارة في إشباع احتياجات الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في أوضاع التربية العامة.

3. التدريس التعاوني وترتيبات الفريق الآخر

Cooperative Teaching Other Team Arrangements

والتدريس التعاوني يستند إلى فكرة التبادل في الاستشارة التعاونية. وفي التعليم التعاوني يشترك كل من معلم التربية العامة ومعلم التربية الخاصة في تدريس طلاب الصف العام المؤلف من الطلبة العاديين والطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة. اي أن معلم التربية الخاصة لا يدرس في صف خاص، بينما يمارس عمله في أوضاع الصف العام، وهذا يساعد معلم التربية الخاصة في التعرف على الصعوبات التي يواجهها الطلبة ذوو الاحتياجات الخاصة في الصف العام. وفي هذا النوع من التعليم، قد تلقى المسؤولية على معلم التربية العامة أو معلم التربية الخاصة أو كليهما، فقد يدرس معلم التربية العامة محتوى المنهاج بينما يدرس معلم التربية الخاصة المهارات الأكاديمية مثل أخذ الملاحظات وتنظيم الواجبات البيتية. ويعتمد نجاح هذا النوع من التعليم على:

أ. الوقت الكافي اللازم لبناء جدول التعليم التعاوني وتخطيطه.

ب. تلقي المسؤولية وأساليب العمل وإظهار المهارات لدى كل من الطرفين لإنجاح التعلم التعاوني.

ومع ذلك فإن معلم التربية الخاصة بحاجة إلى العمل ضمن فريق يشمل الوالدين والأفراد من تخصصات مختلفة.

المناهج والاستراتيجيات التعليمية Curricula and Instructional Strategies

وتشتمل هذه على الأدوات والأنشطة المستخدمة في تعليم الأطفال حول الفروق بما في ذلك الإعاقات فقد تركز بعض المناهج على الفروقات الثقافية. ويركز الكثير على استخدام التعلم التعاوني كأداة في تعليم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في أوضاع الدعم. (Hallahan, Kaufman, and Pullen, 2012, Wolery and Sainato, 1996) هكذا فإن الدمج يوفر للأطفال لذوي الإحتياجات الخاصة برامج تربوية مناسبة للاحتياجات الخاصة في سياق اجتماعي طبيعي. وهذا يؤدي بنا إلى البحث عن المكان التربوي المناسب الذي تحقق فيه الإحتياجات الفريدة للأطفال.·ومن هنا فإن الدمج يوفر للأطفال الصغار ذوي الإحتياجات الخاصة في التعامل مع أقرانهم من نفس الأعمار. (Gargiulo and Kilgo, 2000) .

البيئة الأقل تقييدا Least Restrictive Environment

ويشير هذا المفهوم إلى تلقي الطلبة ذوي الإحتياجات الخاصة تعليمهم في البيئات التربوية الأقل تقييداً. فخدمات التربية الخاصة لا تقدم تلقائياً في أي مكان محدد ولكن يقدم إمكانية الوصول إلى منهاج التربية العامة وصف التربية العامة. وتمتاز البيئة الأقل تغييراً بما يلي:

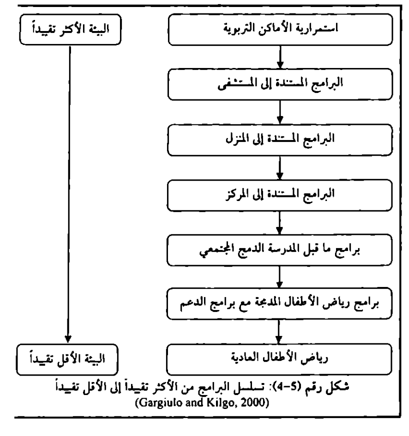
1. توفر فرصة وتزيد من إمكانية تعليم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة مع أقرانهم العاديين.
2. يعتمد استمرارية الأماكن التربوية البديلة.
3. يوفر خدمات إضافية مثل غرف المصادر والمعلم المتنقل وبالتعاون مع معلم التربية العامة.
4. يستند إلى تقييم فردي للطالب.
5. يوفر تقويم سنوياً للطالب.
6. يستند إلى البرنامج التربوي للطالب.

7. إنه قريب من منزل الطفل ما أمكن ويتلقى الطالب تعليمه في المدرسة القريبة منه (Smith, 2007).


شكل رقم (5-3): البيئة الأقل تقييداً

وتحدد البيئة الأقل تقييداً فرديا لكل طفل كما أنها تستند إلى الإحتياجات التربوية للطالب وليس إعاقتهم. وتطبق مفاهيم البيئة الأقل تقييداً بشكل متساو مع الأطفال دون سن المدرسة وأطفال سن المدرسة. وتتطلب البيئة الأقل تقييداً أن تعلم الأطفال دون سن المدرسة مع أقرانهم ما أمكن. وبالإضافة إلى ذلك فإن استمرارية الأماكن التربوية يجب أن تكون موجودة، وذلك لتحقيق متطلبات البيئة الأقل تقييداً. وتدعم الأدلة البحثية نظرية أن الأطفال الصغار ذوي الإحتياجات الخاصة يحققون تقدماً أفضل، عندما تشبع الاحتياجات مع أقرانهم العاديين في البيئات الدمجية. ويوضح الشكل التالي الدرجات المتنوعة للتقييد Restrictive والتي تعود إلى مقدار التعامل المتوفر للمتعلمين العاديين. وعندما يكون الطفل في وضع التربية الخاصة فإن هذا يشير إلى التقييد بينما عندما يكون الطفل المعاق مع الأطفال العاديين (بدون إعاقات) فإن البديل التربوي يرى على أنه أقل تقييداً، وعندما يوفر البديل التربوي فرص أقل وأقل في التفاعل مع الأقران فإنه ينظر إليه على أن مقيد، بينما التفاعل مع الطلبة العاديين أقل تقييداً، والمهم أن البديل المناسب هو الذي يشبع الإحتياجات الخاصة للأطفال الصغار ذوي الإحتياجات الخاصة. وكل من البدائل التربوية يجب أن يقيم فردياً ويتخذ القرار استناداً إلى كل حالة على انفراد. وتعود الفكرة في استمرارية بدائل تقديم الخدمة إلى نقل الطفل من بيئة الدمج إلى الاهتمام الأفضل بالنسبة للطفل. ولكن قد يكون العزل في بعض المواقف ضرورياً لتزويد الطفل بتعليم مناسب وذلك وفقاً للبرنامج التربوي الفردي أو الخطة الأسرية الفردية. ومع ذلك فإن دمج الطفل مع الأقران العاديين مرغوب فيه ويجب أن يكون أحد أهم

،افنا. ويبقى السؤال التالي مثار اهتمام: متى وأين ومع من وإلى أي مدى يمك
ج الأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة؟



شكل رقم (5-4): تسلسل البرامج من الأكثر تقيداً إلى الأقل تقيداً
(Gargiulo and Kilgo, 2000)

حتواء الشامل Full Inclusion

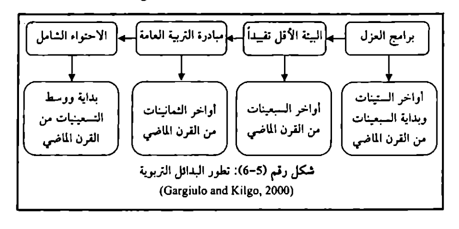
يعني الاحتواء الشامل تعليم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في صـ
ـبية العامة، وكما أشرنا سابقاً فإن البيئة الأقل تقيداً تتطلب تعليم الأطفال
حتياجات الخاصة في أوضاع التربية العامة بحيث يوفر البرنامج المناسب لل
ـماً تربوياً مرضياً. وبالنسبة للعديد من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،
حتواء الشامل والبيئة الأقل تقيداً هنا يعنيان نفس الشيء، إلا أنهما ليسا



شكل رقم (5-5): الإحتواء الشامل

هكذا. ويدعم العديد من الوالدين والأسر الاحتواء الشامل بينما آخرون لا، بل يعتقدون أن الصف العام لا يقدم تعلماً فردياً ومكثفاً لطفلهم وكما لا تشبع احتياجاتهم الخاصة. وحتى يكون الاحتواء الشامل فعالاً فإنه يتطلب تزويد معلم التربية العامة بتدريب على كيفية التعامل مع ذوي احتياجات الخاصة، ومعرفة كيفية تدريبهم. ومع ذلك فإننا ندرك أن وضع الطفل ذي الاحتياجات الخاصة في صف التربية العامة لا يعني أنه سوف يتعلم ويسلك على نحو مناسب، أو أن يكون مقبولاً اجتماعياً من قبل الأطفال الآخرين غير المعاقين. وفي المقابل فإن بعض المعلمين يعتقدون أن وجود أطفال ذوي احتياجات خاصة يعيقون الإنجاز الأكاديمي لأقرانهم غير المعاقين، ولكن هذا الاعتقاد لا تتوفر عليه أدلة تؤكده (Heward, 2006).

وبما أن الاحتواء الشامل يشير إلى أنه يجب أن يتعلم جميع الأطفال في صفوف التربية العامة الموجودة في المدارس القريبة من مكان إقامتهم، فإن هذا يتطلب تعديلات مكثفة في المنهاج، وتعاون الأخصائيين، ومعلم التربية الخاصة، ومعلم التربية العامة. ويوضح الشكل الآتي تطور البدائل التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:



شكل رقم (5-6): تطور البدائل التربوية
(Gargiulo and Kilgo, 2000)

الخدمات الانتقالية Transition Services

يعني الانتقال Transtion عملية نقل من نوع واحد من البدائل إلى آخر، وقد يظهر الانتقال ضمن برنامج محدد ويوضع عندما يبدأ الطفل بالعمل مع معلم جديد أو يوضع في صف مختلف. ويتطلب الانتقال:

1. التخطيط Planning.
2. التنسيق Coordination.
3. التعاون Cooperation.
4. المتابعة Follow-up.

من أهم أهداف التربية الخاصة في الطفولة المبكرة هو الانتقال الناجح، وإذا حقق هذا فإنه يوفر للطفل وأسرته فرص النمو والتطور، وقد يقوي الخبرات، ويمكن أن يظهر الانتقال في أي وقت خلال سنوات الطفولة المبكرة. وبالنسبة للأطفال في سن المشي فإن الانتقال يظهر بترك برنامج التدخل المبكر ودخول برنامج آخر. وبالنسبة لأطفال ما دون سن المدرسة فإن الانتقال يبدأ بالدخول في برنامج دون سن المدرسة والخروج منه. وتهدف برامج الانتقال إلى وضع الطفل ذي الاحتياجات الخاصة في بيئات أقل تقيداً أو في بيئات أكثر قرباً من السوية أو الوضع الطبيعي. (Gargiulo and Kilgo, 2000).

كما ويعتبر الانتقال جزءاً من البرنامج التربوي الفردي الذي يصف الأهداف التربوية التي على الطالب أن يحققها، وفي المقابل فإن الخدمات الانتقالية تؤكد أيضاً على الإنجاز الأكاديمي والوظيفي الذي يسهل الانتقال إلى المراحل الأخرى (Smith, 2007).

وتهدف عملية الانتقال إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. ضمان استمرار الخدمة.
2. دعم نظام الأسرة.
3. تشجيع القدرات الوظيفية للطفل في البيئة الطبيعية أو البيئة الأقل تقييداً.
4. ضمان التخطيط والتعاون والتنسيق والتقيم بين البرامج.
5. تعزيز تكيف الطفل وأسرته مع البرامج الجديدة.
6. تقرير استقلالية الطفل ومشاركته الناجحة.
7. تقرير نتائج البرامج والمؤسسات القائمة عليها.
8. زيادة احتمالية وضع الطفل في أوضاع رياض الأطفال الطبيعية والدمج في المدرسة الأساسية.

ومن العناصر المهمة في تحقيق الانتقال الناجح إعداد الطفل، فالانتقال الناجح إلى البرنامج الجديد يعتمد على مدى اكتساب الطفل للمهارات والسلوكيات اللازمة للبيئة الجيدة. وهذا يتطلب:

1. تقييم جوانب القوة والضعف للطفل.
2. تعليم المتطلبات الاجتماعية والسلوكية والاجتماعية والأكاديمية اللازمة للوضع الجديد.

وكما وتلعب أسرة الطفل ذي الاحتياجات الخاصة دوراً مهما في عملية الانتقال، وكما على فريق خدمة الانتقال أن ينظر إلى الأسرة على أنها عضو فعال ومشارك حقيقي في عملية الانتقال، بينما يوجد لدى الأسرة العديد من المعلومات لتقدمها إلى فريق العمل فإن على فريق العمل أن يكسب الأسرة ويشركها في عملية الانتقال، وكما عليهم أن يكونوا مدركين احتياجات وخصائص الأسرة. ويشتمل التخطيط لخدمة الانتقال الخطوات الآتية:

1. تكوين فريق العمل في عملية الانتقال بما في ذلك الوالدين.
2. جدولة اللقاءات والاجتماعات.
3. تحديد أوضاع تلقي الخدمات.
4. تحديد متطلبات الانتقال الأساسية وما هو ضروري لتطبيق الانتقال.
5. الاتفاق على الواجبات ومهمات الانتقال المختلفة.
6. تحديد التواريخ المهمة مثل الإحالة وأنشطة ما قبل الوضع في المكان المناسب.
7. تحديد إجراءات وآليات التواصل.
8. الاتفاق على الأنشطة السابقة للوضع في المكان المناسب مثل:
   أ. زيارات الوالدين للتمهيد للبيئات الجديدة.
   ب. ملاحظة ما يحدث في البيئات الجديدة لتحديد التعديلات اللازمة.
   ج. تنظيم الدعم الأسري المطلوب.
   د. العلاج والخدمات الأخرى.
   ه. التفاعلات الإستشارية اللاحقة.
9. التخطيط لأنشطة المتابعة.
10. وضع الطفل في البيئات الجديدة بعد إجراء التعديلات عليها.
11. تقديم خدمات الاستشارة والعلاج.
12. المتابعة والتقويم (Bruder and Chandle, 1996; Gargiulo and Kilgo, 2000).

خطة خدمة الأسرة الفردية

Individnlized Family Service Plan, (IFSP)

يتمتع الأطفال الرضع وأطفال سن المشي (من الميلاد وحتى السن الثامنة من العمر) من ذوي الاحتياجات الخاصة بحق برامج التدخل المبكر. وتضمن خطة خدمة الأسرة الفردية الخدمات الخاصة التي يجب أن تقدم للأطفال الصغار وأسرهم. وتعمل هذه الخطة (IFSP) على توجيه عمل الأخصائيين في البرامج التربوية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. وتشتمل خطة خدمة الأسرة الفردية العناصر الآتية:

1. مستويات القدرات الوظيفية للطفل في كافة الجوانب النمائية الجسمية والمعرفية.
2. جوانب قوة الأسرة واحتياجاتها اعتماداً على تطور طفلها النمائي.
3. النتائج الرئيسية المتوقعة والمحددة بالإجراءات ومعايير التقويم والزمن.
4. الخدمات اللازمة وجدول تقديمها الزمني.
5. التواريخ والأوقات المتوقعة لبدء الخدمات.
6. اسم منسق الخدمة.
7. مراجعة سنوية ثنائية مع أسرة الطفل للتقدم المنجز والاحتياجات لتعديل الخطة.
8. تحديد طرق عملية انتقال الطفل للخدمات المتوفرة وذلك للأطفال.من سن 3-5 سنوات.

وتعتبر خطة خدمة الأسرة الفردية وثيقة عمل مكتوبة، وعملية مستمرة يعمل فيها كل من الأخصائيين والآباء معاً. ويرى الأطفال والأسر المشتركة في برامج الطفولة المبكرة أن سنوات الطفولة المبكرة هي سنوات لتقديم وتلقي خدمات مكثفة ومن خلالها يحصل الوالدين على إرشادات من المتخصصين، ويتلقون التدريبات على كيفية خدمة الطفل. كما أن الانتقال إلى مرحلة ما قبل المدرسة في عمر الثالثة يعتبر صعباً وفيه تحدٍ، فالخدمات التي تقدم للأسرة في هذه المرحلة سوف تقدم أيضاً في مرحلة ما قبل المدرسة، وهكذا فإن خطة خدمة الأسرة الفردية تشتمل خطط الانتقال للمرحلة الجديدة (Smith, 2007).

البرنامج التربوي الفردي

Individualized Education Program (IEP)

يعتبر البرنامج التربوي الفردي مطلباً رئيسياً في عملية التربية الخاصة، ويطور ويطبق مع كل طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين تتراوح أعمارهم من 3-21 سنه. وكل برنامج تربوي فردي يجب أن ينتج في ظل جهود التعاون بين أعضاء فريق العمل في البرنامج. ويتألف فريق العمل في البرنامج التربوي الفردي من:

1. والد الطفل ذي الاحتياجات الخاصة.

2. معلم تربية عامة واحد على الأقل.
3. معلم تربية خاصة واحد على الأقل.
4. ممثل عن مؤسسة التعليم المحلية شريطة أن يكون:
   أ. مؤهل في الإشراف وتصميم برنامج التعلم الخاص لإشباع احتياجات الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة.
   ب. لديه معرفة بالمنهاج العام.
   ج. لديه معرفة في مصادر التعليم المتوفر في المؤسسة التي يمثلها.
5. شخص قادر على تفسير التطبيقات التعليمية لنتائج التقويم.
6. أي شخص لديه معرفة بالطفل بما في ذلك هيئة موظفي الخدمات المساندة.
7. الطفل ذو الاحتياجات الخاصة عندما يكون ذلك مناسباً.

أما عناصر البرنامج التربوي الفردي فهي تشتمل الآتية:

1. تقرير عن مستوى التحصيل الأكاديمي والأداء الوظيفي الحالي للطفل ويشتمل ذلك على:
   أ. كيف تؤثر إعاقة الطفل على مشاركته وتقدمه في منهاج التربية العامة.
   ب. بالنسبة للأطفال دون سن المدرسة، كيف تؤثر الإعاقة على مشاركة الطفل في الأنشطة.
   ج. بالنسبة للطفل ذي الاحتياجات الخاصة والذي أجري له تقييم متتال، إجراء وصف للأهداف قصيرة المدى.
2. تحديد أهداف سنوية قابلة للقياس وشاملة الأهداف الأكاديمية والوظيفية والمصممة لـ:
   أ. إشباع احتياجات الطفل الناتجة عن الإعاقة لتمكين الطفل من المشاركة وتحقيق تقدم في مناهج التربية العامة.
   ب. إشباع الاحتياجات التربوية للطفل والناتجة عن الإعاقة.

3. وصف لكيفية تقدم الطفل باتجاه تحقيق الأهداف السنوية الموصوفة في البند رقم (2) متى سوف يتم قياسها ومتى تقدم الطفل باتجاه تحقيق الأهداف السنوية.
4. تقرير خدمات التربية الخاصة والخدمات السائدة والمساعدات الإضافية، وذلك استناداً إلى مراجعة البحوث وإلى المدى الذي تكون فيه ممارسة، وذلك لتقديمها للطفل وتحديد التعديلات في البرنامج أو الدعم اللازم لهيئة المدرسة والتي سوف تقدم للطفل، وهذا يحقق:
   أ. التقدم المناسب باتجاه الأهداف السنوية.
   ب. المشاركة والتقدم في منهاج التربية العامة.
   ج. المشاركة والتعليم مع الأطفال العاديين والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
5. توضيح للمدى الذي لا يستطيع فيه الطفل المشاركة مع الأطفال غير المعاقين في صف التربية العامة والأنشطة الموصوفة سابقاً.
6. تحديد أي التعديلات المناسبة والفردية واللازمة أو الضرورية في قياس التحصيل الأكاديمي والأداء الوظيفي للطفل.
7. التاريخ المقترح لبدء تقديم الخدمات وإجراء التعديلات اللازمة الموصوفة في بند (4).

وبالإضافة إلى هذه العناصر فإن البرنامج التربوي الفردي يجب أن يشتمل على كيفية الانتقال من المدرسة إلى حياة الرشد، وهذا يبدأ عندما يصل الطفل سن 16 سنة (Turbiville. 1996; Heward, 2006).

وفي البرنامج التربوي الفردي للطفل يختار الوالدان المدى الذي يرغبون بالمشاركة فيه ويحددون كذلك دورهم مع الفريق وعلى الأخصائيين أن يحترموا حق الوالدين في اختيار مستوى المشاركة. وفيما يلي استراتيجيات يمكن أن يستخدمها الأخصائيون في تقوية مشاركة الوالدين في البرنامج التربوي الفردي:

1. تزويد الوالدين بملاحظات واضحة مكتوبة عن مشاركتهم في لجنة البرنامج التربوي الفردي.

2. استخدام مهارات متخصصة في إبلاغ الوالدين بنتائج التقييم.
3. إعداد الوالدين لمشاركة ناجحة في البرنامج التربوي الفردي قبل حضور الاجتماعات من خلال تدريبهم على تحمل المسؤولية.
4. توفير مناخ مشاركة أبوية فعالة.
5. التواصل مع الوالدين من خلال إدراك حاجاتهم، واحترام حقوق طفلهم والمحافظة على التدخل المبكر.
6. إشراك الوالدين في اتخاذ القرارات
7. إبلاغ الوالدين بالحقوق الشرعية لهم ولطفلهم.
8. مراجعة نتائج التقديم مع الوالدين، وتوضح جوانب القوة والضعف لدى طفلهم.
9. مناقشة عناصر البرنامج التربوي الفردي معهم.
10. استثارة اهتمام الوالدين الخاص بطفلهم.
11. مناقشة الوالدين بأهمية متابعة مسؤوليات فريق البرنامج التربوي الفردي.
12. دعم الوالدين بالتدريب للمساعدة في تنفيذ البرنامج التربوي الفردي.
13. (Gargiulo and Kilgo, 2000)

النموذج الأفضل واتخاذ القرار

The Best Model and Making the Decision

يستفيد معظم الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة وأسرهم من المدى العام للخدمات التي وصفت سابقاً في هذا الفصل. وقد تكون هذه الخدمات قليلة التكلفة بالنسبة لبعض الأسر، بينما لغيرها تكون مكلفة، وكما أن بعض الأسر قد تعيد وضع طفلها بهدف تحقيق أفضل الخدمات له بينما يكون آخرون سعداء وراضين عن البرامج القريبة من أماكن سكناهم، ومن هنا فإن الأسئلة التالية تطرح للإجابة عليها:

1. ما هو النموذج الأفضل للطفل ولأسرته.
2. كيف يمكن أن تشترك الأسرة في عملية اتخاذ القرار.

وتتخذ القرارات حول برامج التدخل المبكر الخاصة بالطفل وأسرته استناداً إلى نتائج التقييم، ومتغيرات أخرى سبق ذكرها. فتشخيص المشكلات السلوكية والتربوية يؤدي إلى تصميم برامج تدخل تعنى بهذه المشكلات. وبالإضافة إلى ذلك فإن العديد من المجتمعات فيها مصادر الدعم المالي لا تسمح بتقديم خدمات محددة من التدخل المبكر. فعلى سبيل المثال تمويل بعض البرامج التربوية يعرض للخطر عندما تخطط أنواع البرامج الدمجية، لأن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة هم فقط الذين يسمح لهم بالتعليم من خلال معلم التربية الخاصة.

ولكن كيف يمكن لعملية اتخاذ القرار أن تغير بحيث تستطيع الأسرة اختيار نموذج الخدمة؟ إن للأسرة الحق في اتخاذ القرارات الخاصة بأنواع البرامج التي تشبع حاجاتها واحتياجات طفلها، ولذلك فإن عملية اتخاذ القرار يجب أن تكون استجابية وفعالة. كما أن نماذج تقديم الخدمات يجب أن تتطور لتشمل الأطفال الذين يجب أن نقدم لهم الخدمات، والأسباب الجديدة للإعاقات، والتأكيد على الوقاية وإدراك أهمية البيئة الأسرية.

ولتحسين عملية اتخاذ القرار فإن الاحتياجات النمائية والصحية للطفل وخصائص أسرته يجب أن تدخل في القرارات، وهذه القرارات يجب أن تتخذ من قبل الأسرة وفريق التدخل المبكر.

فعلى سبيل المثال، الأطفال ذوو الإعاقات الشديدة وأطفال التوحد يحتاجون إلى مجموعة خدمات مكثفة بينما الأطفال الرضع الذين يعانون من نقص الوزن عند الولادة يحتاجون إلى وحدة الرعاية الحثيثة للمواليد الجدد. كما أن الأطفال ذوي المشكلات الطبية المعقدة يتطلبون مستوى الرعاية التمريضية وجزءاً من مستوى الروتين الطبي. وبالإضافة إلى ذلك فإن بعض الأسر تستطيع أن تشبع احتياجات طفلها بشكل مناسب إذا قدمت لها المعلومات والدعم اللازمين. ومن جهة أخرى فقد يحتاج آباء آخرون إلى مساعدة ملحوظة لمساعدة أنفسهم، كالإرشاد والتدريب على العمل والتعليم وعلاج من المخدرات والكحول. وفي تخطيط نماذج تقديم الخدمة الفردية للأسرة والطفل فإن المعلومات يجب أن تقدم من خلال فريق متعدد التخصصات وذلك للوصول إلى خطة خدمات شاملة ومواجهة المشكلات الخاصة

بكثافة الخدمات ومدتها ونوعية الخدمات اللازمة. وإضافة إلى ذلك فإن هناك عاملاً آخر مؤشراً، وهو منسق الخدمات الذي يهدف إلى الوصول إلى تفضيل الأسرة للخدمات وكيفية تقديمها. ومن الطرق المساعدة على تحقيق هذه المهمة ما يعرف بـ: نظام تخطيط خدمات الطفولة المبكرة System to Plan Early Childhood Services (SPECS)، وهذه الإدارة تساعد فريق التقييم بما في ذلك الأسرة على تمويل معلومات التقيم إلى تقديرات من أجل الوصول إلى اتفاق حول خصائص الخدمات وكثافتها ونماذج تقديم الخدمة.

وبمساعدة أسرة الطفل، وفريق التقييم، فإن خطة الخدمة الأسرية الفردية IFSP يجب أن تحدد طبيعة ومدى خدمات التدخل المبكر اللازمة، وهذا يتضمن نوعية الخدمات وكثافتها ومدتها. وكذلك فإن إشباع الاحتياجات البيئية للأسرة والظروف الصحية للطفل يجب أن تكون عنصراً في برنامج التدخل المبكر الفعال. أما الخدمات الأخرى فهي تحدد اعتماداً على مدى حاجة الأسرة لها، ويوضح الجدول التالي الخدمات الخاصة بالأطفال الرضع وأطفال سن المشي وأسرهم.

جدول رقم (5-5): تعريف الخدمات الممكنة للأطفال الرضع وأطفال سن المشي وأسرهم

الخدمات المعرّفة قانونياً	الخدمات الاختيارية	الخدمات الأخرى
الخدمات الشخصية	رعاية الطفل النمائية	خدمة الإسكان
التكنولوجيا المساندة	رعاية الطفل الطبية	البدائل التربوية والتدريب المهني
تدريب الأسر والإرشاد والزيارات المنزلية	الرعاية العلاجية والإيوائية	التخطيط الأسري
تقييم الأسرة	دعم الأسرة	الخدمات الخاصة المناسبة ثقافياً
الخدمات الصحية	العلاج باللعب والعلاج النفسي للأطفال ذوي المشكلات الانفعالية	خدمات توعية الأسرة
الكشف المبكر		التعديلات البيئية لذوي الاحتياجات الخاصة (الكرسي المتحرك...الخ)

الخدمات المعرّفة قانونياً	الخدمات الاختيارية	الخدمات الأخرى
الخدمات الطبية للتشخيص أو التقيـيم		الخدمات القانونية
التقيـيم متعدد التخصصات		العلاج الدوائي الشامل
خدمات التمريض		خدمات طب الأسنان
خدمات التغذية		الرعاية بعد المدرسة
الخدمات النفسية		التدريس والدعم المهني لخدمات التدخل المبكر وفريق الدعم الاجتماعي
تنسيق الخدمات		البرامج الهادفة إلى وضع الطفل وأسرته وخدمات التدخل المبكر
تخطيط الخدمة (IEP، IFSP)		
التعليم الخاص		
خدمات العمل الاجتماعي		
خدمات العلاج (الوظيفي، الطبيعي، الكلام واللغة، ...الخ		
خدمات الانتقال		
خدمات الرعاية الصحية والقدرات البصرية		

وتقدم خدمات التدخل المبكر من الميلاد أو بعد التشخيص أو التعرف المبكـ على الإعاقة أو خطر التأخر النمائي. وكلما كانت الخدمات مقدمة مبكراً، كلما كـا ذلك أفضل كما أن الوقاية أفضل من العلاج والتأهيل، فالنظرة الواسعة لعملية اتخا القرار ليست فقط تكون خاصة بعلاج الحالات القائمة وإنما أيضاً التعرف المبكر علـ

عوامل الخطر وخدمات الوقاية. وتعتمد مدة أو طول الخدمات على حالة الطفل وتفضيلات الأسرة. وتشتمل الخدمات التي تقدم لفترات قصيرة (من 1-6 شهور) على مراقبة قصيرة المدى للمشكلات المرتبطة بالصحة مثل خدمات الرعاية الحثيثة للمواليد الجدد NICV والإصابات، ومن الخدمات الأخرى تلك المقدمة للأسرة خلال فترات الضغط والأزمات الناتجة عن أوضاع الطفل الصحية. والهدف الرئيسي من هذه الخدمات هو تحسين النتائج، وخفض التأخر النمائي خلال فترات محددة.

وقد تتطلب بعض الأسر خدمات تدخل طويلة المدى لخفض التأخر النمائي وتحسين النتائج الإيجابية، فعلى سبيل المثال الأطفال الذين يعانون من ظروف صحية مزمنة مثل الإعاقات الحسية وإصابات الدماغ أو الإيدز، فإن مثل هؤلاء يتطلبون رعاية طبية أو مساعدة تكنولوجية. وتعتبر مدة تقديم الخدمات واستمراريتها عاملاً هاماً في فعالية التدخلات كما هو في برنامج هيدستارت Head Start الذي أشار إلى أن المكتسبات النمائية تكون أفضل إذا استمرت بعض أشكال الدعم.

شكل رقم (5-7): تنسيق العلاج المناسب وإشراك الآباء

أما بالنسبة لكثافة الخدمات، فإن الكثافة يجب أن تتناسب مع احتياجات الأسر والطفل. وتعرف كثافة الخدمات اعتماداً على:

1. هدف الخدمة.
2. مستوى الخبرات المطلوبة.
3. مقدار الخدمات المقدمة.

أما السؤال الخاص بمقدار الخدمات اللازمة، فإن هذا يجاب عليه فقط من خلال تقييم كافة المتغيرات بما في ذلك الاحتياجات النمائية والمشكلات الصحية والدعم

اللازم. كما أن كثافة الخدمات المقدمة تعتمد أيضاً على الاحتياجات المتغيرة للطفل ولأسرته. وتختلف احتياجات الأسر للخدمات باختلاف حالاتهم الاقتصادية والتعليمية وقيمهم وأنظمة الدعم الاجتماعي. وهكذا، فإن عملية اتخاذ القرار يجب أن تشبع هذه الاحتياجات اعتماداً على هذه المتغيرات. وتتأثر كثافة البرنامج بهدف البرنامج نفسه، فقد يكون هدف البرنامج تشجيع نمو الطفل وتنسيق العلاج المناسب وإشراك الوالدين في العلاج وتقديم دعم للأسرة، ومن هنا فقد تكون الخدمات متعددة.

وكلما كانت الخدمات متعددة، فهذا معناه أن توحيد الخدمات سوف يزيد من كثافتها. كما أن فريق تقديم الخدمات يتنوع اعتماداً على مستوى الخبرات والمهارات اللازمة. وهذا التباين يأخذ مدى من الأفراد المدربين بدرجة قليلة إلى أشخاص يمتلكون مهارات عالية مثل الممرضين المتخصصين كما أن البرامج المقدمة للأطفال الرضع الذين يعانون خطورة عالية فإن وقت التفاعل الكثيف يكون فعالاً أكثر من وقت التفاعل العادي.

ومن العوامل الأخرى المؤثرة في قرارات الخدمة، إشراك طفل أو أسرة أخرى وكذلك الأسرة الداعمة. وحتى تكون الخدمات المقدمة فعالة فإن هذا يتطلب تنسيق وتنظيم شبكة عمل لتوفير خدمات منسق من المؤسسات المختلفة. ويعتبر تنسيق الخدمات، عنصراً مهما لأنه يربط الطفل والأسرة والبرامج المتعددة، وتشتمل تنسيق الخدمات على:

1. تقييم الإحتياجات.
2. تطوير خطط الخدمة.
3. تنسيق ومراقبة تقديم الخدمات.
4. الدفاع عن احتياجات وحقوق الطفل وأسرته.

ويعمل منسق الخدمات مع الأسر والآخرين الذين يقدمون خدمات، وذلك للمساعدة في الحصول على خدمات شاملة وفعالة يمكن الوصول إليها. ومع ذلك فإن دعم خدمة تنسيق الخدمات يكون مكلفاً للأسر والمجتمعات.

Bryant and Graham, (1993)

اعتبارات في اختيار استراتيجيات التدخل المبكر

لا يمكن لنا أن نؤكد أن كل بديل أو نموذج في تقديم الخدمات يكون دائماً مناسباً لكل مجموعة من الأطفال، فقد يكون نموذج ما مناسباً لحالة طفل وأسرته، بينما يكون غير مناسب لأسرة أخرى. وهناك عوامل متعددة تؤثر في اختيار هذه البرامج، وهذه العوامل على النحو الآتي:

1. السياسات والتشريعات القانونية، فالمؤسسات القائمة على تقديم الخدمات تحتكم إلى التشريعات القانونية في كيفية تقديمها سواء أكان ذلك بمفردها أو بتنسيق جهودها مع مؤسسات أخرى، وكذلك تلزم التشريعات القانونية والمؤسسات بنوعية الخدمات التي يجب أن تقدم.
2. الخصائص الجغرافية للمنطقة المقدمة لتلقي الخدمات، فالمجتمعات الريفية أو الحضرية لها خصائصها الخاصة، وكذلك لها مشكلاتها، وهذه الخصائص تؤثر على التكلفة والإمكانية في الوصول إلى الخدمات. وكذلك فإن المجتمعات الحضرية تمتاز بكثافة سكانية أكثر من المناطق الريفية. ففي المناطق الريفية عامل التنقل وحده يعتبر تحدياً ومشكلة رئيسية.
3. عدد الأطفال المرشحين لتلقي الخدمات وخصائصهم، فهل يختلف التخطيط إذا عرف أن مجموع عدد الأطفال هو 15 طفلاً أو 250 طفلاً؟ وكيف يمكن أن تصمم برامج للأطفال إذا عرفنا أن أعمارهم تتراوح ما بين 1-35 شهراً أو 3-5 سنوات؟ وإذا كان الأطفال في كلي المجموعتين العمريتين يجب أن يخدموا، فكيف سوف تختار من بين النماذج الخاصة في تقديم خدمات التدخل المبكر. وبالإضافة إلى عدد الأطفال وخصائصهم فإن طبيعة الإعاقات التي يعانون منها أيضاً عامل مهم فما هو مناسب للإعاقة البصرية لا يناسب الإعاقة العقلية.
4. القيم العرقية والثقافية في المجتمع، حيث تلعب هذه القيم دوراً مهماً في اختيار استراتيجيات تقديم الخدمة، وهذا يؤكد على أهمية التعرف على القيم الثقافية والدينية للأسرة، وأن نأخذ بالاعتبار دائماً أن الأسرة لها الحق في الاختيار من استراتيجيات التدخل المبكر.

5. المؤسسات الداعمة والتشريعات الضابطة لعملية تطبيق البرامج، فالمؤسسات الداعمة تعتبر مسؤولة عن إدارة برامج التدخل المبكر، وهذه المؤسسات تخضع للتعليمات والتشريعات القانونية التي تحدد آلية عملها وتوجه كيفية تقديم الخدمات.

6. المصادر المتوفرة، حيث تحدد طبيعة ومدى توفر نوعية الخدمات الشاملة، ومدى اتساع البرنامج وكذلك فإن تحديد مصادر المجتمع المتوفر تصبح جزءاً من عملية التخطيط وهذه المصادر تشتمل على مصادر الدعم المالي، وفريق العمل، والتسهيلات المادية والخدمات المساعدة، والتجهيزات والأدوات، كما أن معرفة هذه المصادر تساعد في تنفيذ البرنامج ومواجهة التحديات القائمة، فعلى سبيل المثال إذا كان الدعم المالي محدوداً، فإن التخطيط للبرنامج قد يسمح للمتطوعين بالاشتراك في تنفيذ إجراءات البرنامج (Peterson, 1987).

الفصل السادس

مشاركة الوالدين

- المقدمة
- مشاركة الأسرة: التعريف والقيم
- وظائف الأسرة
- التكيف مع الإعاقة
- الحاجات الخاصة بالأخوة
- النضج والوالدين
- المعلومات والمهارات ومجموعات الدعم
- المشاركة المخطط لها
- الخطط المستقبلية
- العلاقات الهادفة
- مسؤوليات الأخوة
- دور الأسرة مع الطفل المعاق
- التعاون بين الأخصائيين والوالدين
- تغيير الادراكات
- التواصل الفعال
- معوقات التواصل
- الإعداد للاجتماعات
- إرشادات للاختصاصيين في التعامل مع الوالدين
- تشجيع مشاركة الوالدين

الفصل السادس

مشاركة الوالدين

Parent participation

المقدمة Introduction

تعتبر مشاركة الأسرة في برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من الأدوار المهمة والمؤثرة في نمو الطفل وتطوره وكذلك في حياة الأسرة وفي نجاح البرامج المقدمة. وقد أصبحت الأسرة تقوم بأدوار مختلفة في خدمة الطفل المعاق، فهي تستطيع أن تقوم باتخاذ قرارات مهمة حول طبيعة الخدمات التي يمكن أن تقدم للطفل. كما أن خبرات الأسرة مهمة بالنسبة للأخصائيين العاملين مع الطفل. وفي الخلاصة فإن الوالدين الآن أصبح المطلوب منهم أن يتخذوا قرارات وليس فقط إعطاء وجهات النظر أو تصوراتهم. وتتوجه مشاركة الأسرة بالعلاقة التشاركية المتساوية التي تبنى بين الأسرة ونظام أو نموذج تقديم الخدمات. وهذه العلاقة التشاركية يمكن أن تكون مركزة حول المشكلات المرتبطة بفردية الطفل وخصائصه الفريدة، والأسرة أو نظام الطفولة المبكرة ككل. وهكذا، فإن برامج أو أنظمة الطفولة المبكرة يجب أن تعمل على بناء علاقات تعاونية مع الأسر التي تمتلك أطفالاً من ذوي الاحتياجات الخاصة.

مشاركة الأسرة: التعريف والقيم

Family participation: definition and Values

تعرف مشاركة الأسرة على النحو الآتي: (الأسر هم أعضاء مساوون ومشاركون لفريق العمل، ولهم الحق في القيام بأدوار في كافة مظاهر أو عناصر نظام التدخل المبكر بما في ذلك كافة مظاهر رعاية الطفل وكافة مستويات اتخاذ القرارات.

ويعود نظام التدخل المبكر early intervention system هنا إلى البرامج والخدمات المتوفرة للأطفال من الميلاد وحتى سن الخامسة من العمر.

وقبل البدء بوضع عناصر المشاركة الخاصة بالأسر، فإن فريق العمل يجب أن يحدد القيم والمعتقدات التي تبنى على ضوئها العلاقة بين الأسرة والأخصائيين. وتغطي القيم والمعتقدات أربعة مجالات واسعة هي:

1. إدراك دور الأسرة الأولي مع الطفل والأسرة ككل، فالأسرة تقدم وتوفر خدمات هامة، مثل دعم الطفل انفعالياً واجتماعياً. فلا يوجد برنامج يمكن أن يقوم مكان الأسرة في هذا الجانب العاطفي وكيفية تقديمه للطفل الرضيع، فخصائص الأسرة ومعلوماتها وخبراتها وتفاعلاتها وأنماط اتخاذ القرار يجب أن تحترم. كما أن مشاركة الأسرة متنوعة وفقاً لعدد من المتغيرات، فالأسر توفر معلومات ذات قيمة بالنسبة للعلاقة التشاركية مع الأخصائيين، كما أن مشاركة الأسرة تتقوى عندما تحدد الأسر ما هو مساعد لها، فالأسرة تعرف ماذا تحتاج حتى يصبح أداؤها أفضل.
2. إدراك الحاجة إلى أهمية التدريب والتوجيه في التعاون وآثارها على نجاح البرنامج، فالتعاون يتطلب تطوير لغة مشتركة. والعلاقة التشاركية بين الأسرة والأخصائيين يمكن أن تقوى من خلال تقديم تدريب لأعضاء العلاقة التشاركية، بحيث يمكن من خلاله أن يساعد في وضع أسس في الفهم المتبادل وتطوير المهارات الخاصة بذلك. وهكذا فإن التدريب يجب أن يوجه ويحدد بأبعاد تحترم العلاقة التعاونية التشاركية بين الأسرة وأعضاء فريق العمل. وبذلك فإن مشاركة الأسرة تصبح أقوى عندما تعمل بثقة وفي جو يسوده الدعم.
3. إدراك أثر كل شخص على التعاون والمشاركة، فمقدموا الخدمات والأسر يتبادلون الخبرات السابقة، والقيم الشخصية والمعتقدات التي توفر سياقاً فريداً وخاصاً. فالعلاقة التشاركية، هي عملية تعاونية تمتاز بالتواصل المفتوح والواضح، وغير المرتبط بإحكام وهذا كله ينعكس في اكتساب المهارات التي تمكن الأسر والأخصائيين من تطوير علاقة تعاونية تعزز وتقوي البرنامج.

4. إدراك أن المرونة عنصر أساسي في التعاون فمشاركة الأسرة هي عنصر رئيسي في كافة المستويات الخاصة بالبرنامج، ولتحقيق المشاركة في كافة المستويات، فإنه يجب أن يكون تنوع في طرق الأسرة في المشاركة، فعلى سبيل المثال، في تقييم البرنامج فإن الأسرة يمكن أن تجرى معها مقابلة أو يطلب منها أن تُعبِّئ استبياناً تحدد فيه تقيمها للبرنامج، فالبدائل المتاحة يجب أن تدعم مشاركة الأسرة وتمثلها في المجتمع. فالصراع على سبيل المثال، يمكن أن يرى على أنه جانب صحي في العملية التعاونية (Vincent and McLean, 1996).

عندما تنظر إلى مشاركة الوالدين، فإنه يتوجب علينا أن ننظر إليها من منظور واسع ويقدم بترسون (Peterson, 1987) تعريفاً وظيفياً لمشاركة الوالدين وذلك على النحو الآتي:

مشاركة الوالدين هي عملية يتفاعل فيها الوالدين مع:

1. فريق العمل المسؤول عن تقديم الخدمات للطفل المعاق وأسرته.
2. الأنشطة المتضمنة الطفل والمتوفرة لإبلاغ الوالدين وتسهيل أدوارهم مع طفلهم.

وتتضمن المشاركة أنشطة متنوعة تتنوع من برنامج إلى برنامج، كما تؤثر الآراء المختلفة على الخصائص الخاصة للبرنامج والأوضاع الجغرافية ومجموع الأطفال والوالدين الذين يحتاجون إلى خدمات والمصادر المتوفرة.

وتشتمل العناصر الأساسية التي يجب أن تبنى عليها عملية المشاركة:

1. المرونة Flexibility: وهي تسمح بمستويات متنوعة ومتغيرة من مشاركة الوالدين خلال الزمن.
2. الفردية Individualization: وهي ضرورية لمطابقة نمط ومقدار المشاركة لإشباع حاجات الوالدين والطفل والأسرة وحاجات البرنامج.
3. البدائل المتوفرة Options: وهذا العنصر يوفر حق الاختيار لتحقيق نتائج بناءة ومفيدة.

وتشتمل أنشطة المشاركة مع الوالدين على واحدٍ أو أكثر من الأهداف التالية:

1. التفاعل الشخصي، وذلك لتحقيق التواصل مع الوالدين وبين الوالدين.
2. مشاركة وتبادل المعلومات لضمان تفاعل مستمر، وبناء فهم متبادل.
3. الدعم الشخصي والانفعالي والاجتماعي وذلك لبناء تعاون تبادلي بين فريق العمل، وبين الوالدين والوالدين.
4. التنسيق، وذلك لضمان سهولة تنفيذ الأعمال بين الأخصائيين والوالدين، وتنظيم تدريب وتعليم الطفل الصغير وهذا يزيد من فعالية فريق العمل.
5. المساعدة، وهذا يقدم مدى واسعاً من الخدمات التي تسهل قيام الوالدين بأدوارهم تزود الأطفال بخدمات مباشرة ومساعدة الأسر.
6. التعليم والتدريب، وذلك للمساعدة على فهم الحاجات الخاصة بالطفل، واكتساب مهارات ضبط الطفل في المنزل، وتحقيق رعاية مناسبة، والوصول إلى آباء فعالين مع طفلهم (Peterson, 1987).

أهداف مشاركة الوالدين The purpose of parent participation

تجمع الآراء والأدلة على ضرورة مشاركة الوالدين في برامج التدخل المبكر المصممة لطفلهم ذي الحاجات الخاصة، ولكن:

1. ما هي الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها من خلال مشاركة الوالدين، أو ما هو هدفنا من مشاركة الوالدين؟
2. كيف يجب أن يشارك الوالدان حتى تكون مشاركتهم مفيدة لهم ولطفلهم أو لفريق العمل الذي يقدم الخدمات للطفل؟.
3. إلى أي مدى يجب أن يشارك الوالدان، وما الذي يشكل مستوى المشاركة الهادفة؟

حتى نستطيع الإجابة على هذه الأسئلة، فإن علينا أن ننظر إلى مجتمع الوالدين الذين يمتلكون أطفالاً ذوي حاجات خاصة، وتقدم لهم خدمات تدخل مبكر.

يمثل والدا الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة شرعية واسعة من المجتمع، فقد يأتون من طبقات متدنية أو متوسطة أو عالية، وقد يأتون من خلفيات ثقافية وعرقية

متباينة أيضاً، كما أن العينات التعليمية قد تكون متنوعة أيضاً، فقد يأتي بعض الوالدين من بيئات متعلمة ومثقفة أو غير ذلك.

كما أن تغير القيم والأنماط الحياتية المجتمعية تؤثر في خصائص الآباء، فعلى سبيل المثال، ازدادت فرص عمل المرأة، وزادت تكاليف الحياة وغيرها، كما أن مثل هذه التغيرات تقول لنا:

1. العديد من الوالدين لا يمتلكون وقتاً كافياً لقضائه مع أطفالهم بسبب أعمالهم.
2. لا نستطيع أن نفترض دائماً أن الأطفال ومن كافة المستويات يتطلبون نفس الخدمات.
3. لا تستطيع أن تفترض دائماً أن الوالدين أو الأسرة تعنى بتعليم طفلها.

إن مشاركة الوالدين يمكن أن توصف بأنها عملية مساعدتهم على اكتشاف جوانب قوتهم وامكاناتهم وقدارتهم الخاصة واستخدامها للاستفادة منها. وتشتمل مشاركة الأسر أو الوالدين على خدمات وأنشطة متصلة بالآباء والأسر. وهذه الأنشطة يمكن تصنيفها ضمن أربعة أنواع من عمليات المشاركة وهي على النحو الآتي:

1. الأشياء التي يقوم بها الأخصائيون للآباء أو يقدمونها لهم، مثل تقديم معلومات ونصائح وخدمات.
2. أشياء يقوم بعملها الوالدان للأخصائيين أو فريق العمل مثل الدفاع عن الحقوق وجمع المعلومات.
3. أشياء يقوم بها الوالدان مع طفلهم في البرنامج مثل تعليم الطفل في المنزل أو المدرسة.
4. أشياء يقوم بعملها الوالدان والأخصائيون معاً مثل التخطيط والتقييم والعمل على المشروع المشترك

مبررات مشاركة الوالدين The Rationale for parent participation

لماذا يجب اشتراك الوالدين في عملية تعليم الطفل المعاق؟ ولماذا يعتبر الوالدان عنصراً رئيسياً من عناصر برنامج التدخل المبكر؟ فيما يلي خلاصة لمبررات إشراك الوالدين في برامج الطفولة المبكرة.

1. الوالدان هم مفتاح المعلمين والمؤسسات المقدمة للخدمات، ومن يقدم الخدمات للطفل المعاق، فالآباء يعرفون الطفل أكثر، وهم يعرفون أكثر ماذا يحتاج الطفل.
2. الوالدان هم عنصر تدخل فعال وهم معلمون لطفلهم، فالآباء بحاجة إلى أن يتعلموا أكثر من أي شخص آخر. وتعتبر مشاركتهم ضرورية في التعامل مع الطفل وحاجاته الخاصة.
3. يلعب الوالدان دوراً رئيسياً واستراتيجياً في تقوية الفوائد الممكنة من برامج التدخل المبكر. كما أن توقعاتهم عن الطفل وعن سلوكه مهمة بالنسبة للبرنامج وفريق العمل.
4. يواجه آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة متطلبات إضافية وضغوطات نفسية تؤثر سلباً على قدراتهم في التعامل ورعاية الطفل.
5. يوفر إشراك الوالدين فرصة لمساعدتهم على بناء توقعات ايجابية حول طفلهم، ووضع أسرتهم، وهذه المساعدة تعتبر مهمة خصوصاً في المراحل الأولى من العمر.
6. تظهر الفائدة العظمى من مشاركة الوالدين في البرنامج عندما يكونان جزءاً من عمليات التدخل المبكر المصممة للطفل المعاق.
7. تعمل التدخلات أفضل عندما يعمل كل من الوالدين والأخصائيين معاً باتجاه تحقيق أهداف مشتركة للطفل، وكذلك عندما يطبقون استراتيجيات منافسة وذات أهمية.
8. إن إشراك الوالدين ومساعدتهم ليصبحوا معلمين فعالين في حياة طفلهم له إيجابيات كثيرة، منها تخفيف الأعباء المادية والضغوطات النفسية.
9. إن مشاركة الوالدين في وضع برامج التدخل المبكرة وتنفيذها هي حق للآباء.

10. العديد من الوالدين يظهرون اهتماماتهم في تعليم أطفالهم وممارسة أنشطة تعلمية خاصة بهم.
11. إن مشاركة الوالدين تفتح لهم فرصاً كثيرة في ممارسة أدوار أبوية والتعرف على مصادر ذات فائدة لطفلهم ولهم.
12. تساعد مشاركة الوالدين على بناء دعم مجتمعي لبرامج الطفولة المبكرة.

.(Peterson, 1987)

وظائف الأسرة Family functions

تعود وظائف الأسرة إلى العناصر المتفاعلة الآتية:

1. القيام بالدور العاطفي Affection، فالآباء يظهرون مشاعر عاطفية داخل إطار أسرتهم.
2. تقدير الذات، Self - esteem، فهي تساعد في الهوية الشخصية وإدراك المساهمات الإيجابية.
3. الدعم الاقتصادي Economics، حيث تعمل الأسرة على توفير دخل لها واستثماره.
4. الرعاية اليومية، Daily Care حيث توفر الأسرة الحاجات اليومية الأساسية مثل الطعام والإيواء والرعاية الصحية.
5. التنشئة الاجتماعية Socialization، حيث تقوم الأسرة بتطوير مهارات اجتماعية وتأسيس علاقات شخصية.
6. الترفيه Recreation، حيث توفر الأسرة أنشطة لوقت الفراغ بالنسبة لكل من الأسرة ذاتها وأعضائها.
7. التعليم Education، حيث تشارك الأسرة في الأنشطة التعليمية واختيار المهن المناسبة لأعضائها.

وللأسرة خصوصيتها الفردية، فقد يكون تأمين الطعام والإيواء من أبرز الحاجات لدى أسرة ما، بينما لأسرة أخرى قد يكون توفير أنشطة وقت الفراغ هو الأهم في الحاجات، كما قد تتطلب بعض الأسر مساعدة عالية بينما نجد أخرى تحتاج إلى مقدار قليل من المساعدة والدعم من الأخصائيين. وبالإضافة إلى ذلك فإن طبيعة الدعم المقدم يتوقف على الأحداث الخاصة التي تعيشها الأسرة.



شكل رقم (6-1): تطوير المهارات الاجتماعية وتأسيس العلاقات الشخصية مع الأطفال الصغار

دائرة حياة الأسرة Family life cycle

تعود دائرة حياة الأسرة إلى التغيرات التطورية التي تظهر في معظم الأسر وفي معظم الأوقات، ومعظم هذه التغيرات هي من النوع المتباين، كما أن بعضها قد يكون غير متوقع، مثل موت أحد أعضاء الأسرة أو الطلاق أو الزواج أو الميلاد غير المخطط له للطفل. وهذه التغيرات تؤدي إلى تغير في بناء الأسرة وبالتالي تؤثر على تفاعلات الأسرة وعلاقاتها ووظائفها. كما أن المراحل النمائية التي يمر بها أعضاء الأسرة تتضمن أيضاً تغيرات، وهذه التغيرات تؤدي إلى المزيد من الضغط النفسي. فمراحل سنوات الطفل المبكرة تختلف عن المراهقة وعن الرشد. وهذه بعض المشكلات النمائية التي يظهرها الطفل ذو الاحتياجات الخاصة على أسرته خلال الطفولة المبكرة معروضة في الجدول التالي:

جدول رقم (6-1): مشكلات دائرة حياة الأسرة

المرحلة	المشكلات الأبوية	مشكلات الأخوة
الطفولة المبكرة (الميلاد – 5 سنوات)	• الحصول على تشخيص دقيق. • إبلاغ الأخوة والأقارب. • البحث عن الخدمات. • البحث عن عناصر قوة في الإعاقة. • مواجهة مشكلة الوصمة • تحديد المساهمات الإيجابية للإعاقة. • وضع توقعات واقعية.	• الوقت الذي يقضيه الوالدان معهم قليل. • الشعور بالغيرة وقلة الانتباه. • المخاوف المرتبطة بسوء فهم الإعاقة.
سن المدرسة (5 – 8 سنوات)	• وضع روتين لتنفيذ وظائف الأسرة. • التكيف الانفعالي مع التطبيقات التربوية. • توضيح مشكلات الدمج مقابل الصف الخاص. • المشاركة في اجتماعات البرنامج التربوي الفردي. • تحديد مصادر المجتمع. • تنظيم الأنشطة اللامنهجية.	• توزيع المسؤوليات في تقديم الرعاية. • الأخت الأكبر أكثر عرضة للخطر. • مشكلات الدمج في المدرسة العادية • الحاجة إلى معلومات أساسية عن الإعاقة. • الاهتمام بحياة الطفل الصغير.

Gargiulo and Kilgo, (2000)

انشطة وادوار للوالدين Roles and activities for parents

كيف يمكن أن يشارك الوالدان في الأنشطة؟ وللإجابة على هذا السؤال فإن الأنشطة يمكن أن توصف وفقاً لأدوار متنوعة للوالدين.

1. الوالدان كملاحظين: وهنا تعطى الفرصة للوالدين لملاحظة أبنائهم في الصف أو ملاحظة الأخصائيين أو المعلمين وهم يعملون مع الطفل ويقومون بالأدوار العلاجية.

2. الوالدان كمستمعين: وهو دور يقومون به كملاحظين أو مشاركين في الاجتماعات التي تعقد لمناقشة حالة الطفل والخدمات التي تقدم له.
3. الوالدان كمقدمي خدمات ومعلومات: حيث إن الوالدين لهم أدوار ووظائف هامة تشكل عاملاً رئيسياً في تقديم الخدمات وتبادل المعلومات.
4. الوالدان كمتخذي قرار وأعضاء فريق: وهذا يمكنهم من الاشتراك في التخطيط التعليمي وأدوار اتخاذ القرار مساواة بفريق العمل.
5. الوالدان كواضعي سياسة ومقدمي نصائح: حيث قد يلعب الوالدان دور مقدمي النصائح ووضع السياسات الخاصة للمؤسسة التي تقدم الخدمات.
6. الوالدان كممثلين: حيث يعتبر التعاون عنصراً مهما في الخدمات وتنسيق الجهود الهادفة إلى توفير خدمات أفضل أو برامج أفضل للطفل.
7. الوالدان كمدافعين عن حقوق الطفل: حيث يلعب الوالدان دوراً مهما في الدفاع عن برامج الطفولة المبكرة ودعمها.
8. الوالدان كمرشدين وأصدقاء وداعمين: حيث يقدم الوالدان الدعم لبعضهم البعض ويتبادلون الخبرات ويقدمون المساعدة لبعضهم.
9. الوالدان كمتعلمين: إن الهدف من وراء تدريب الوالدان، هو توفير فرص لهم في اكتساب مهارات جديدة لتسهيل أدوار التنشئة الأسرية التي يقومون بها مع طفلهم ذي الاحتياجات الخاصة.
10. الوالدان كمعلمين لطفلهم: وهذا يزيد من وقت الوالدين مع الطفل، ويحسن نوعية التفاعل من الوالدين والطفل، كما تزداد قدرتهم على مواجهة الضغوط النفسية والتعامل مع مشاعرهم السلبية وتعزيز تعلم الطفل.
11. الوالدان كمتطوعين ومساعدين: إن الحاجة إلى برامج الطفولة المبكرة تزيد من أدوار الوالدين التطوعية التي تسهل تنفيذ البرامج المبكرة.
12. الوالدان كأفراد لهم هويتهم الخاصة وخصائصهم الفريدة ويبحثون عن الحب والتقدير والقبول ولهم حقوقهم (Peterson, 1987).

انفعالات الوالدين Parents Emotions

مع استعداد الأسرة لاستقبال طفل جديد. فإن الوالدين غالباً ما تكون لديهم أفكارهم ومعتقداتهم الخاصة حول خصائص الطفل التي قد يولد بها. فقد تتخيل الأم أن الطفل القادم قد يتسم ببعض الخصائص الموجودة معها مثل الشعر والبنية الجسمية العامة وغيرها، وكذلك الحال مع الأب، فهو أيضاً يفكر بأن الطفل القادم قد يأخذ بعض خصائصه الشخصية. ومع هذا النمط من التفكير، فإن الإعاقة لا تتداخل مع تصور الوالدين لطفلهم القادم. ومع ميلاد الطفل، وتشخيص الحالة فإن مدى من المشاعر والانفعالات القوية يظهر لديهم، فبعض الوالدين ينظر إلى الموقف على أنه صعب للغاية، والبعض الآخر قد لا يصدق ذلك في البداية، وآخرون يظهرون استجابة أنهم لم يتوقعوا أن يحدث ذلك يوماً ما في أسرهم. بالطبع فإن وجود مثل هذه المشاعر يكون منطقيا وطبيعيا. وبذلك فإنه لابد من مناقشة الانفعالات المترتبة على وجود طفل معاق، وآلية التكيف معه، وكيفية إرشاد أبنائهم الآخرين في الأسرة .(Herring, 1996)

إن إبلاغ الوالدين بأن طفلهم لديه إعاقة يؤدي إلى إحداث خبرات انفعالية صعبة، وقد تكون أصعب ما يمكن أن يحدث بالنسبة إليهم. فالإعاقة كما قلنا لم تكن ضمن تفكير الوالدين ولا معتقداتهم، وبالتالي فهم لا يعرفون كيف يتعاملون مع الموقف، أو لم يخططوا بالأصل إلى التعامل مع هذه الانفعالات، نظراً لاستبعاد ذلك من أفكارهم. ولا توجد مشاعر صحيحة ولا خاطئة، والمشاعر التي سوف نتحدث عنها الآن وفقاً لترتيبها ليست بالضرورة أن تكون هكذا، فقد تأتي مشاعر قبل الأخرى، كذلك فإن بعض الوالدين قد يكون لديه بعض هذه المشاعر، ومن الطبيعي أن يمر الوالدين بهذه الانفعالات، وهذا النوع من الخبرات الصعبة. فبغض النظر عن الانفعالات القائمة، فإن استمرارها وإنكارها يؤدي إلى إطالة فترة المعاناة والوصول إلى التكيف. ولابد من الإشارة هنا إلى أن كل شخص يمتاز بخصوصية تميزه عن غيره وعلى أثر ذلك يستجيب بانفعالات مختلفة عن الآخرين، وبسلوكيات مختلفة من حيث آلية التعامل معها. فعلى سبيل المثال، قد نجد أحد الوالدين يفضل الحديث مع أشخاص أو آباء آخرين حول مشاكله الخاصة، ويجمع معلومات حول طبيعة الإعاقة

من مصادر مختلفة، بينما نجد آباء آخرين يميلون إلى مناقشة صعوباتهم ضمن نطاق الأسرة. وبالطبع لا توجد طريقة واحدة للتعامل مع الطفل المعاق وتأثيره المختلف على الأسرة وأعضائها. وتعرض المناقشة التالية ردود الفعل الانفعالية لدى آباء الأطفال المعاقين:

1. الأسى Grief

بعد حدوث صدمة التشخيص، فإن العديد من الوالدين يبدؤون بتطوير مشاعر شديدة من الأسى، قد تكون متشابهة في درجتها وشدتها، إلى تلك التي تحدث بسبب فقدان شخص عزيز علينا. إن والدي الأطفال المعاقين يشعرون بأنهم قد فقدوا حلم الطفل الطبيعي والذي يميزه الوالدان بأمنيات خاصة مثل أنه متميز في الرياضة أو الفن أو العلم...الخ. بالطبع فإن هذا لا يعني أن الوالدين لا يحبون طفلهم أو لا يقدرونه ولكن على الأصح فإن الوالدين يدركون أن حياتهم تكون أصعب مما خطط لها ومختلفة عن ما تخيلوه.

2. الإثم Guilt

ترتبط الإعاقة بظهور مشاعر الإثم وبطرق مختلفة، فالعديد من الوالدين يلومون انفسهم لامتلاكهم طفلاً معاقاً. فبعض الوالدين يعتقد بأن الإعاقة لدى طفلهم حدثت كنتيجة مباشرة لبعض الممارسات التي كانوا قد قاموا بها قبل قدوم الطفل. فنجد بعض الأمهات على سبيل المثال تعتقد بأن ابنها المعاق كان نتيجة لإهمالها بصحتها خلال فترة الحمل، كما قد يعتقد الأب بأنه لم يقم بواجبه ولم يتحمل المسؤولية الكافية تجاه الأم خلال حملها. فمعظم الوالدين يشعرون بأنه كان عليهم أن يفعلوا شيئاً ما تجاه هذا الموقف. من الطبيعي أن يحصل الوالدين على تفسير لطبيعة الإعاقة لدى طفلهم، وبالتالي فإن الأخصائي يساعد في إعطاء التفسير المنطقي لأسباب الإعاقة لدى طفلهم. وأحياناً قد لا يكون السبب واضحاً أو معروفاً، ومثل ذلك لا يمكن عمل شيء معه.

3. الخوف والقلق Fear and Anxiety

يعاني والدو الأطفال المعاقين من مشاعر الخوف والقلق، فالوالدين قلقون على مستقبل طفلهم وعلى سلامته وأمنه خلال تنفيذ الأنشطة الحياتية اليومية، والتي قد

تهدد بسبب وجود العوائق أو العوامل المسببة لذلك والناتجة عن عدم القدرة على رؤية الأشياء في البيئة التي يتفاعل معها الطفل المعاق. فالخوف على استقلالية الطفل في تنفيذ أنشطته يؤدي بالوالدين إلى ضعف تشجيع أطفالهم على ذلك نتيجة وجود المعوقات في البيئة، والتي قد تكون مؤذية بالنسبة له. وقد تعزز هذه المخاوف من قبل الآخرين الذين يشجعون الوالدين دائماً ويذكرونهم بأن عليهم مراقبة الطفل والتأكيد على حفظ سلامته. وبالطبع فإن تنمية الوالدين للمشاعر المرتبطة بالاستقلالية هي أفضل شيء يمكن عمله مع الطفل، ويعمل على تنمية شخصيته ومظاهره النمائية.

فإذا أظهر الطفل رغبته في الوصول إلى الاستقلالية، فإن الوالدين يستطيعون تشجيع ذلك بطرق بسيطة تشجعهم على الشعور بالارتياح، فالوالدان على سبيل المثال يستطيعون تنظيم بيئة المنزل، وغرفة الطفل، من حيث ترتيب الألعاب والكتب وممتلكاتهم الخاصة، وهذا النمط من السلوك يعني أن على الوالدين مثلاً شراء ألعاب آمنة، وصناديق محددة لحفظ الألعاب فيها وكذلك يعني جهوداً إضافية على الوالدين أن يقوموا بها لحفظ سلامة الطفل، وتشجيع تفاعله مع البيئة المحيطة وتوفير بيئة مشجعة لنموه ومعززة له. ومع قيام الوالدين بتعزيز استقلالية الطفل المعاق فإن مظاهر السلوك الناتج الذي يظهره هؤلاء الأطفال يعزز ممارسات الوالدين الداعمة وثقة الطفل بقدراته وامكاناته الخاصة.

4. الاستياء Resentment

تنتاب مشاعر الاستياء أسر الأطفال المعاقين، فنظرتهم إلى حياة الأسر الأخرى السليمة تساعد في ظهور هذه المشاعر. وكذلك فإذا استمر الوالدان بإشعار الطفل بأنه هو السبب وراء إحداث التغيرات المختلفة التي أصبحت الأسرة تعيشها أو تدفع ثمنها، فإن مشاعر الاستياء بذلك يستهدف الطفل.

5. الانكار Denial

ينظر إلى استجابة الإنكار على أنها من الاستجابات الشائعة الانتشار بين الأسر التي تمتلك طفلا معاقاً. وهذا السلوك قد يأخذ أشكالاً عديدة. فبعض الأسر أو الوالدين تحديدا يرفضون بأن عليهم السلوك ضمن مدى محدد يخدم الطفل. كما أن

بعض الوالدين ينكرون تشخيص الإعاقة. أو قد ينكرون أن هذه الإعاقة قد تؤثر على تطور الطفل ونموه. وبالطبع فإن نتيجة الإنكار قد تؤدي إلى تأخير التحاق الطفل ببرامج التدخل المبكر، وبالتالي عدم حصول الطفل على الفوائد المتوقعة لخدمات التربية الخاصة.

إنه من الطبيعي الشعور بأن طفلهم سوف يواجه صعوبات واقعية، ومن المنطقي أن نواجه هذه الصعوبات لنعد الطفل وندربه ونكسبه المهارات اللازمة لمواجهتها. وعلى الوالدين الأخذ بعين الاعتبار أن المعلومات التي يحصلون عليها حول الطفل وطبيعة إعاقته والتفاعلات الإيجابية التي تبنى مع الاختصاصيين الموثوق بهم، هي التي تساعد على التعامل بواقعية مع الطفل وحاجاته الخاصة.-

6. الغضب Anger

قد يعاني أولياء الأمور من الغضب وهذا السلوك قد يكون نتيجة لتصرفات الآخرين مع الطفل المعاق وهؤلاء قد يكونون أعضاء الأسرة والأصدقاء. وسلوك الغضب هذا يمكن فهمه، ويمكن تحديد الآلية التي نتعامل بها معه. ومع ذلك فإن الغضب ينظر إليه على أنه مؤذ وربما أكثر من أي شيء آخر. فبعض الوالدين نجدهم يأخذون بالإرشادات التي تقدم لهم أو يتعلمون استراتيجية العد إلى عشرة ومع اختلاف الطرق المستخدمة في التعامل مع الغضب فإن الأساليب المستخدمة هنا تعمل على خفض الضغط النفسي الناتج، وزيادة التركيز على الأنشطة المفيدة للطفل ولأسرته (Herring, 1996 ؛ الزريقات 2006).

العوامل المؤثرة في اتجاهات الوالدين Factors Influencing Parent Attitudes

لكل منا خبراته الخاصة التي يستخدمها في التعامل مع المواقف المختلفة، ووالدي الأطفال المعاقين هم أيضاً مثلنا لديهم معتقداتهم وخبراتهم الخاصة. ونظراً لوجود طفل معاق، فإن هذا يؤثر على منظومة المعتقدات والقيم التي يمتلكونها. وهذه المنظومة مسؤولة عن استجاباتنا للموقف. وتتأثر اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم المعاقين بعوامل منها:

1. تغير حالة الأسرة

في الوقت الحاضر فإن معظم الأسر تعتبر أسراً عاملة فالأب يعمل، وكذلك الأم وأعضاء أسرتها إذا كانوا مؤهلين إلى ذلك. وهذا التقيد يعود إلى الأعباء الاقتصادية الملقاة على عاتق الأسرة لتحقيق متطلباتها والتي تتزايد مع وجود طفل معاق. وهذه التغيرات تفرض أيضاً تحديات على الأسرة وأعضائها، فنجد في بعض الأسر بأن الأطفال الأخوة الأكبر ذوي القدرات الطبيعية تعزى إليهم مسؤولية رعاية أخيهم الطفل المعاق.

2. طبيعة ردود الفعل الانفعالي لدى الوالدين

كما رأينا فإن ميلاد طفل معاق يفرض مجموعة من التحديات الخاصة بالآباء وأعضاء الأسرة، هذا بالإضافة إلى ردود الفعل الناتجة عن ميلاد الطفل المعاق، والذي يكون غير متوقع، ومخالفا لتوقعاتهم وأمنياتهم، ويتباين أولياء الأمور بإظهار ردود الفعل الانفعالية، وهذه تعتمد على عوامل كثيرة مثل منظومة معتقدات الوالدين وخبراتهم السابقة وتوقعاتهم.

3. شدة الإعاقة

إن لشدة الإعاقة تأثيراً على اتجاهات ومشاعر الوالدين، فوالدي الأطفال المعاقين يعانون من ضغوطات اجتماعية. بالطبع فإن الأطفال يؤثرون على الوالدين بطرق مختلفة، وهذا التفاعل بين الوالدين والأطفال المعاقين يفرض تعلم أساليب تنشئة أسرية خاصة، تحقق المتطلبات النمائية لهذه الفئة من الأطفال. وكلما زادت شدة الإعاقة فإن التأثير يزداد على الوالدين، ويستهدف ذلك مفهوم الذات لديهم، والقدرة على السيطرة على الموقف. ومن العوامل المؤثرة على استجابات الوالدين نحو أطفالهم المعاقين:

أ. التعزيز القادم من استخدام أساليب تنشئة أسرية مع أطفالهم.

ب. الوقت المستغرق مع أطفالهم.

ج. الحاجات الصحية للأطفال.

د. الضغوطات والمصادر المالية أو مدى توفر الدعم المادي.

هـ. توقعات الوالدين حول مستقبل الطفل المعاق.

و. درجة انعزال الأسرة عن الأصدقاء والآخرين، أو درجة استبعادها من ممارسة التفاعلات الاجتماعية المختلفة.

ز. مدى تنفيذ الأنشطة الترويجية وكم تحدد الإعاقة القيام بذلك.

4. العمر عند الإصابة

أولياء أمور الأطفال المعاقين خلقياً، يعرفون أطفالهم بطريقة واحدة، أما عندما تحدث الإعاقة بعد خبرات مع الطفل فإن على الوالدين أن يتكيفوا مع الوضع الجديد الذي أصبح يعيشه الطفل وتعيشه الأسرة معه.

5. الحالة الاقتصادية والاجتماعية للوالدين

يتشارك أولياء الأمور مع معظم المستويات الاقتصادية والاجتماعية بالخبرات الانفعالية التي تحدث نتيجة الإعاقة كما أن كلاً منها عرضة لخطر المعتقدات الخاطئة حول الإعاقة وأسبابها.

6. طريقة استقبال وتلقي المعلومات

تؤثر الطريقة التي يبلغ بها أولياء الأمور حول إعاقة طفلهم باتجاهاتهم نحو الإعاقة والطفل. ومن خلال المعلومات المقدمة للآباء فقد يطورون الأمل بالمستقبل للطفل أو الخوف مما هو قادم ينتظرهم.

7. الصعوبات المالية

تعاني أسر الأطفال المعاقين من مشكلات مالية بسبب ما تفرضه طبيعة الاحتياجات الخاصة بالطفل المعاق وأسرته، فهؤلاء الأطفال قد يحتاجون إلى رعاية صحية دائمة، أو قد يتطلبون أدوات ومواد فرضتها طبيعة الإعاقة، كما أن تعليمهم قد يفرض على الأسر تحديات مادية خصوصاً إذا كانت مدفوعة الأجر وغير مدعومة.

8. الوقت

فبعض الوالدين لا يملكون الوقت الكافي لقضائه مع أطفالهم وهذا يؤدي بهم إلى الغضب وصعوبة تحقيق حاجات أطفالهم وحاجاتهم. كما قد يشكو بعض

الوالدين من قلة النوم بسبب الصعوبات التي يواجهها الطفل المعاق خصوصاً الرضيع وطفل ما دون سن المدرسة.

9. الأحداث الحرجة

تؤثر بعض الأحداث الحرجة على حياة الأسرة التي تمتلك طفلاً معاقاً. وقد حدد هامر Hammer ستة أنواع من المواقف أو الأحداث الحرجة:

أ. ميلاد الطفل أو توقع الإعاقة.

ب. تشخيص الإعاقة وخضوعها للعلاج.

ج. استعداد الطفل لدخول البرنامج المدرسي.

د. وصول الطفل مرحلة البلوغ.

ه. وصول الطفل مرحلة التخطيط المهني.

و. تقدم الوالدين بالعمر وتزايد القلق حول مستقبل الطفل المعاق.

10. ضعف القدرة على السيطرة أو الضبط

تعاني بعض الأسر أو الوالدان من ضعف قدراتهم على تغيير ما يجري من حولهم، فالآباء لا يعرفون ما هو متوقع في المستقبل، فهل سوف يلتحق الطفل بالمدرسة؟ وكيف تؤثر إعاقة الطفل على بقية أخوته؟ وغير ذلك. ويؤدي الإحساس بضعف السيطرة إلى التأثير السلبي على علاقة الطفل وآبائه، وهذا قد يؤدي إلى توقعات غير واقعية.

11. المعتقدات حول العلاج

من العوامل المؤثرة على علاقة الوالدين والاختصاصيين هو معتقداتهم من البرامج التربوية والطبية. فالآباء يعتقدون أحياناً بأن الطفل متوقع أن يشفى من الإعاقة التي يعاني منها (Ferrell, 1986، الزريقات، 2006)

مصادر الضغط النفسي للوالدين ولأعضاء الأسرة

Sources of stress for parents and family members

إن إضافة أي عضو جديد للأسرة يتطلب منها التكيف مع هذا القادم الجديد، ولكن إذا كان المولود الجديد طفلاً معاقاً فإن هذا يفترض تكيفاً أكثر، ويؤدي إلى المزيد من المتطلبات والأعباء المادية الملقاة على عاتق الأسرة. وتتوقف تأثيرات الطفل المعاق على الأسرة على عوامل مثل التغيرات التي تلاحظ على الطفل وتحرك أعضاء الأسرة ضمن دائرة الأسرة. وقد يكون الضغط النفسي مرتبط بموقف أو قد يكون مزمنا، ولا يمكن التخلص منه. وقد تحدث الأزمة في الأسرة بسبب عوامل مثل:

1. القيام بالتشخيص وتنفيذه.
2. عندما يبدأ الطفل بتلقى الخدمات.
3. عندما يصبح الطفل في سن المدرسة ويدخل نظام المدرسة العامة.
4. عندما يترك الطفل المنزل وينتقل إلى الرعاية المباشرة.

ولكن، ما هي بعض مصادر الضغط النفسي المحددة؟ هناك عدد من أنواع الضغوط النفسية التي يعاني منها آباء وأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وهي على النحو الآتي:

1. النفقات الإضافية والأعباء المادية المرهقة.
2. الوصمة الحقيقية أو المدركة.
3. الحاجات الملحة بسبب متطلبات الطفل.
4. صعوبات متطلبات رعاية الطفل مثل التغذية واستخدام التواليت واللبس المستقل.
5. قلة الوقت المستغرق في النوم.
6. العزلة الاجتماعية عن الأصدقاء والأقارب والجيران.
7. قلة الوقت المستخدم في الأنشطة الترفيهية أو الشخصية.
8. صعوبات ضبط سلوك الطفل.

9. التداخل مع المسؤوليات اليومية المنزلية.
10. مشاعر التشاؤم حول المستقبل.
11. وبالإضافة إلى هذه المصادر فإن هناك مصادر أخرى للضغط النفسي ذكرها آخرون مثل:
12. القلق والاكتئاب لدى أحد الآباء.
13. حاجات الرعاية الطبية المكلفة مادياً.
14. الإرهاق العام بسبب استمرار القيام بالمسؤوليات.
15. المشكلات الأسرية التي تظهر من وقت لآخر بسبب الطفل المعاق.
16. ردود فعل الأخوة، أو الصعوبات التي ترتبط مباشرة أو غير مباشرة مع أعضاء الأسرة (Peterson, 1987).

الحاجات الخاصة للوالدين والأسر Special Need of Parents and Families

يعاني والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من مشاعر سلبية، وصعوبات في التكيف خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، وقد تكون هذه المعاناة جزئية بسبب وجودها في المرحلة الأساسية من التعامل مع حقيقة أن الطفل معاق. وإذا لم يكن تشخيص الطفل دقيقا أو كان واضحاً، ومازال الطفل يظهر إشارات أو علامات تشير إلى وجود تأخر في نمو الطفل، فإن هذا يؤدي إلى ضغط نفسي، ويستمر الوالدان في طرح الأسئلة مثل:

أ. هل هناك مشكلة؟ وإذا كانت موجودة، ماذا افعل؟

ب. هل هي مشكلة دائمة أو مؤقتة؟

ج. هل احتاج إلى مساعدة؟ ومن هو الشخص الذي سوف يقدمها؟

إن مثل هذه الأسئلة تعكس مدى حاجة الوالدين لخدمات متخصصة، ومدى أهمية التدخلات المبكرة لوقف التأثيرات السلبية على حياة الطفل. وعلى نحو عام فإن الحاجات تتلخص بـ:

1. الوالدان يحتاجان إلى معلومات لتساعدهم على فهم أفضل لطبيعة الطفل المعاق وحاجاته الخاصة، ولتساعدهم على وضع توقعات حقيقية حول أنفسهم وحول طفلهم، وهكذا فإن هذه المعلومات تساعد في خفض الضغط النفسي.
2. يحتاج أولياء الأمور إلى مجموعات رعاية داعمة، كما يحتاجون إلى أشخاص يتبادلون معهم المعلومات والمشاعر ويعبرون عن أحاسيسهم، فالآباء يحتاجون إلى شخص مصغٍ ولديه خبرة في تقديم المساعدة والمعلومات.
3. يحتاج أولياء الأمور إلى مساعدة في تنشئة الطفل المعاق وتخفيف مسؤولياته أو ممارسة أنشطة ترفيهية عندما يتحمل الآخرون المسؤولية.
4. يحتاج أولياء الأمور إلى تدريب يساعدهم في التعامل مع الطفل المعاق على نحو أكثر كفاءة ومهارة في المنزل، أو تقديم أنواع من الإثارة التي تشجع النمو والتعلم للطفل، وتساعد على تحقيق تفاعل أفضل بين الوالدين والطفل في المنزل.
5. يحتاج أولياء الأمور إلى فرص التواصل مع البرنامج ومع فريق العمل الذي يعمل مع الطفل (Peterson, 1987).

التكيف مع الإعاقة Adjustment with Impairment

إن وجود طفل معاق في الأسرة يؤدي إلى أزمة حقيقية تواجه الأسرة. ويسلك الآباء وأعضاء الأسرة بشكل محدد في مواجهة هذه الأزمة من خلال فعل شيء محدد. وهذا يؤدي بالوالدين لأن يشعروا أنه لا يوجد وقت يمكن إضاعته في حل مشكلات الطفل. إن البدء بالتعامل مع المشاعر الأساسية هو بداية التفكير المنطقي والنظر إلى الأشياء بعقلانية أكثر. فالوالدين بحاجة إلى التعامل مع مشاعرهم وقد يكون هذا من خلال الحديث ضمن نطاق الأسرة، أو حتى من خلال الحديث الذي يبنى بين الزوجين والحديث مع الآباء. والتعامل مع الردود الانفعالية للوالدين لا يأخذ مرحلة واحدة أو شكلاً واحداً.

كما أن الانفعالات لا تنتهي مع عمر محدد للطفل، فكل مرحلة جديدة يدخلها الطفل تفرض انفعالاتها على الوالدين، وبالتالي فإن الوالدين بحاجة إلى تعلم استراتيجيات تمكنهم من مواجهة هذه الانفعالات، وذلك عبر دائرة الحياة التي يمر بها

الطفل. فمن دخول المدرسة ودخول المراهقة كلها مراحل نمائية يمر بها الطفل، وكل منها لها حاجاتها الخاصة، وهذا بالتالي يفرض التساؤلات المستمرة لدى الوالدين حول طفلهم المعاق، وكيف سوف يحقق المتطلبات الخاصة في مراحل الحياة.



شكل رقم (6-2): إقامة العلاقات مع الأطفال الصغار والتكيف مع الإعاقة

وفي التكيف مع الإعاقة، فإن الوالدين بحاجة إلى معرفة طفلهم المعاق وخصائصه الخاصة، وهذا تحد بالنسبة للآباء، فالآباء غالباً ما ينظرون إلى الإعاقة أولاً قبل طفلهم. كما أن قضاء الوقت مع الطفل يفتح المجال لمعرفته أكثر وذلك من حيث قدراته وامكاناته واهتماماته. ومن خلال ذلك فإن الطفل يعرفك بنفسه ومن هو وما هي إمكاناته.

وبالطبع فإن الوالدين يستطيعون أن يحصلوا على المعلومات حول طفلهم المعاق وعن طبيعة إعاقته والخدمات العلاجية والتربوية من خلال مصادر مختلفة مثل:

1. الكتب والمجلات المتخصصة في الإعاقة والخدمات المقدمة لها.
2. اللقاءات مع آباء آخرين، أو الانضمام إلى مجموعات منظمة من الوالدين الذين لديهم أطفالاً معاقين وتبادل أشكال الخبرات المختلفة معهم.
3. الاختصاصيون الذين يعملون مع الأطفال المعاقين سواء أكانوا أطباء أو معلمين أو غير ذلك.
4. ورش العمل المتخصصة بالإعاقة.
5. أطفال أو معاقون أكبر سناً من الطفل المعاق يساعدون بتبادل الخبرات وطرق مواجهة التحديات الخاصة.
6. الأصدقاء وأعضاء الأسرة الممتدة.

ويمثل الأجداد مصدر دعم للحب والعطف بالنسبة للأطفال، وهؤلاء أيضاً يواجهون صعوبات في التعامل مع انفعالاتهم تجاه الطفل المعاق وبالتالي فإنه يجب أن لا يستغنوا عن الإرشاد ومساعدتهم على التكيف مع الطفل المعاق في الأسرة (Herring, 1996؛ الزريقات 2006).

الدعم الاجتماعي للأسر Social Support for Families

يهدف الدعم الاجتماعي للأسرة إلى تأسيس شبكة من الأفراد والمجموعات التي تتشارك في علاقاتها مع الأسر. وتهدف هذه المجموعات والأفراد إلى تزويد الأسر بدعم انفعالي ونفسي واجتماعي، وتوفير المصادر والمعلومات المناسبة. ويلعب الدعم الاجتماعي دوراً في خفض مستوى الضغط النفسي الذي يعاني منه الآباء والأمهات مع أطفالهم المعاقين.

ويهدف الدعم الاجتماعي للأسر إلى خفض الضغط النفسي، وتقوية وظيفة الأسرة ومساعدتها على التكيف، ومن أشكال الدعم الاجتماعي مجموعة دعم الآباء. التي تساعدهم على المشاركة في الخبرات والخروج من وحدتهم وعزلتهم في التعامل مع الضغوطات الناتجة عن وجود طفل معاق لديهم. كما تساعد مجموعة الدعم الاجتماعي الوالدين في اكتساب مهارة التعامل وحصول الوالدين على معلومات، وتعزيز اجتماعي، ونمذجة، وتحديد للمعايير، وتغيير للاتجاهات، وغيرها من العمليات السلوكية والمعرفية. كما وتعد برامج تعليم الوالدين من أشكال الدعم الاجتماعي للآباء، ومن وسائل دعم التعاون بين الوالدين والمدرسة التي تهدف إلى تحقيق أفضل خدمات تربوية. ومن خلال الدعم الاجتماعي يستطيع الوالدين تعلم مهارات، وكيفية تجميع المعلومات أو الوصول إليها. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يعرفوا مع من يجب أن يعملوا، وهكذا فإن الهدف من الدعم الاجتماعي ليس الدعم المباشر ولكن توسيع الشبكة الاجتماعية التي يتعامل معها الوالدين.

وقد يكون الدعم الاجتماعي رسمياً أو غير رسمي، فالدعم الاجتماعي الرسمي يقدم من خلال المهتمين ومؤسسات الخدمات، بينما يتضمن الدعم الاجتماعي غير الرسمي العلاقات الفردية مع أعضاء الأسرة، والأصدقاء، والانتماء

إلى المجموعات الاجتماعية المتضمنة في الأنشطة الحياتية اليومية. وقد تشتمل المصادر الرسمية للدعم الاجتماعي على المعالج الأسري وخبراء تعليم الوالدين ومحامي الوالدين ومصممي الخطط. أما مصادر الدعم غير الرسمي فتشتمل على الأصدقاء وأعضاء الأسرة والجيران، ومجموعة دعم الوالدين والوالدين الذين لا يوجد لديهم أطفال معاقون. وهكذا فإن المصادر الرسمية وغير الرسمية للدعم تشتمل على دعم ضمن سياق المجموعة أو التفاعل من شخص إلى آخر، وأيضاً المساعدة غير المباشرة القادمة من التفاعل من بين اثنين أو أكثر من الأفراد. كما يستعمل الدعم الاجتماعي الرسمي وغير الرسمي في بناء جسور التواصل بين الاختصاصيين المهنين والوالدين، وبين مختلف مصادر الدعم الاجتماعي.

وهناك أنواع مختلفة من الدعم الاجتماعي، فمنها ما يشتمل على برامج دعم الأسر، وتسهيل شبكة العمل ومجموعات الدعم. فبرامج دعم الأسرة Family Support Program تدمج كلاً من الدعم الرسمي وغير الرسمي المشتملة على مصادر من شخص إلى شخص والزيارات المنزلية. وتعمل برامج دعم الأسرة على تقديم دعم انفعالي وبرامج وتسهيل العمل، كما وتعمل على تنشيط وتنظيم أعضاء الأسرة لتحقيق أدوار داعمة متنوعة، مثل رعاية الطفل وبرامج المنزل. أما مجموعات الدعم Support Groups فتزودنا بسياقات يستطيع الآباء من خلالها مناقشة مشكلاتهم العامة المتعلقة بتربية الطفل المعاق. وشبكات الدعم الاجتماعي متنوعة في طبيعتها لتتناسب مع حاجات الأسرة والأفراد، فتغير حاجات ومتطلبات الأسر تحتاج إلى أشكال من الدعم الاجتماعي المناسبة لإشباع هذه الحاجات.

عموماً، فإن تأسيس دعم اجتماعي مناسب يجب أن يأخذ بعين الاعتبار العوامل التالية:

1. حاجات ورغبات الأسرة المحددة من قبل الأعضاء في الأسرة.
2. تقييم الدعم المتوفر.
3. تقييم درجة توفير الدعم وحاجات الأسرة.
4. تحديد معايير مناسبة للدعم المناسب.

5. حجم شبكة الدعم.
6. تكرار التواصل الاجتماعي ونوعه ومقداره.
7. مدى استفادة الأسرة من الدعم.
8. مدى الاعتمادية على الدعم.
9. درجة التبادل التعاوني.

ويتباين حجم الدعم الاجتماعي من التعامل بين الأفراد إلى مجموعات كبيرة، وهذا يعتمد على حاجات الأسرة. وعند تقديم الدعم الاجتماعي علينا أن نأخذ التنوع في الأنظمة الاجتماعية الأسرية والمصادر الممكنة للدعم (Albaneses, Miguel, & Koelgel, 1995، الزريقات، 2010).

كيف يمكن للوالدين ان يتعاملوا مع مشاعرهم

لا تستغرب أن تجد نفسك مغرقاً في موجات من المشاعر، فقد تصرخ أو تنسحب من الأشخاص، وتركز على نقاط وقضايا غير مهمة، وربما تكون لديك مشاعر قلقة وغاضبة وحزن وإثم وخجل وربما الغيرة. وتعتبر هذه المشاعر أو الاستجابات عادية، وقد تأتي وتذهب لوقت طويل، وعليك أن تشجع هذه المشاعر لأن تظهر، لقد قدم بريل (Brill, 1994) مجموعة من الإرشادات المساعدة لك على التكيف منها ما يلي:

- اسمح لنفسك بالشعور السيئ أو غير الجيد، واجلس وحدك لفترة من الزمن وفكر بالمشاعر السطحية، واصرخ وتألم ولو حتى لعشر دقائق يومياً. فالوقت القليل المنظم ربما يكون كافياً لإنعاش طاقتك لمواجهة الضغط النفسي وتنشئة الطفل المعاق.
- تذكر بأن طفلك هو نفس الطفل الصغير الذي كان قبل التشخيص، ولديه بعض المهارات التي يمكن الاستفادة منها وتشجيعها، فربما يكون لدى الطفل مهارة الرسم، أو لديه توازن جيد أو حتى يقرأ. ومن هنا فإن إظهارك وتقديرك لهذه المهارات يجعل قبول الطفل أسهل.

- اعتمد على مصادر تكون في العادة داعمة لك في المواقف الصعبة، مثل التحدث مع صديق لك أو مرشد ديني أو مرشد نفسي، أو أي شخص يساعد على التعبير عن مشاعرك بحرية.
- اعرف حقائق حول الإعاقة، وبذلك تستبدل الأفكار الصحيحة بالأفكار الخاطئة، واقرأ المعلومات على فترات، وبالتالي فإنك لن تكون مجهدا. والحقائق الثابتة تساعدك على فهم طفلك، وعندها تكون أكثر قدرة على اتخاذ القرارات المتعلقة بالأسرة، وحاول أن تقرأ عن أثر الإعاقة، فربما يعطيك ذلك الدافعية والتشجيع لمساعدة طفلك على تعلم المهارات.
- حافظ على الروتين اليومي كلما أمكن، وهذا يساعد في زيادة قدرتك على إعطاء التعليمات للأسرة ودعمها في الوقت الذي تشعر فيه أنك غير قادر على عمل أي شيء.
- اختر مشكلة أو مشكلتين لتتعامل معهما في وقت واحد، وركز على الأشياء التي تحتاج إلى التعامل معها، وتفحص مشاعرك، فربما تكون قد أجهدت بشكل كبير، أو أنك بحاجة إلى الوقت للاستراحة.
- تعرف على والدي أطفال معاقين آخرين فهم غالباً أكثر قدرة على فهمك، وقد يساعدونك في القيام ببعض الإجراءات العلاجية وزيادة قدرتك على العمل مع طفلك، وتحديد المصادر المناسبة. وهكذا يكون الدعم من المصادر القوية الفعالة.
- اتخذ القرارات بشكل عقلاني، وتأكد من أن الأطباء قد شرحوا الحالة الصحية لطفلك، وما هي العلاجات اللازمة، واحصل على معلومات حول علاج طفلك، وتأكد من أن المختصين يفهمون أنك تريد أن تحدث تغييراً في حياة طفلك لحو الأفضل (الزريقات، 2010).

التعامل مع الأسر الأخرى والآخرين

من المؤكد أن أي شخص قريب منك، يعرف عن الصعوبات التي تواجهها مع الطفل المعاق. وهذا قد يكون لمشاهدتك وأنت تتعامل مع السلوكيات المشكلية لطفلك، أو ربما يعرفون ذلك من خلال حديثك عن المصاعب التي تعاني منها،

وتشرح صعوباتك للآخرين فإنه عليك أن تكون صريحاً، وأن لا تخفي أي شيء، وما تقوم به هو ليس شيئاً خطأ. فيمكن أن تشرح أن طفلك يعاني من إعاقة، وأن الإعاقة تؤثر على التواصل والتعليم والسلوك، وهذا كل ما يمكن أن تقوله لوصف طفلك، وعليك أن تأخذ بالاعتبار أن شرح معاناتك للآخرين قد يؤدي إلى ردود فعل للأخبار الجديدة، وقد يكون معظمهم داعماً لك، فهم بحاجة إلى وقت لفهم وإدراك ماذا قلت (الزريقات 2004)، (Brill 1994) ويقترح بريل (Brill, 1994) مجموعة من الإرشادات لمساعدتهم ومساعدة نفسك:

- اتصل بالأشخاص من خلال زيارتهم، وتحدث عن الصعوبات من خلال الحقائق، وهذا قد يساعد الآخرين ويعطيهم الفرصة للتكيف مع الأخبار والتعامل مع مشاعرهم الخاصة.
- زود الأسرة والأصدقاء بمعلومات حول الإعاقة بهدف قراءتها، وزودهم ببعض الاعتقادات الخاطئة والإتجاهات الصحيحة حول الإعاقة.
- تحدث عن مشاعرك واخبر الآخرين متى تحتاج إلى الوقت لتقضيه مع نفسك، وأعلمهم فيما إذا كنت غير مرتاح، وافتح وسائل التواصل لتعرف أن الآخرين يقدرون دعمهم، وأنك تريد أن تتعامل مع الموقف بطريقتك الخاصة.
- أشرك الآخرين مع الطفل وأسرتك، وفكر بأنشطة يستطيعون القيام بها، وافتح لهم المجال للقيام بالتسوق، وأخذ الأخوة للزيارات الخاصة أو المساعدة في أعمال المطبخ.
- خطط لأوقات يستطيع الآخرون معرفة طفلك، وافتح لهم المجال لتقدير أنه طفل قبل كل شيء، فمع مرور الوقت يدركون الحقيقة، وأنه طفل وإن كان مصاباً بالإعاقة.
- كن واثقاً من حكمك، وكن متأكداً أن الآخرين يدركون أنه قرارك الخاص حول طفلك، وكن واثقاً من النصائح التي يمكن أن تسمعها، فقد تسمع من البعض أن أفضل مكان للطفل هو مؤسسة رعاية داخلية، وعليك شرح أنك تفهم كل وجهات النظر، ولكن القرار لك.

- تجنب أن تستهلك الوقت بالانشغال بردود فعل الغرباء نحو الطفل، وقرر مسبقاً كيف عليك أن تتعامل مع ردود الفعل هذه.
- افتح المجال للآخرين لأن يعرفوا أن المشكلات الصعبة قد تعيق تطور حياة الإنسان.
- تقبل فكرة تغيير الأصدقاء والأسر الأخرى إذا استمرت اعتقاداتهم الخاطئة، ولتجنب إزعاجاتهم عليك البحث عن نظام داعم آخر مساعد لك (الزريقات، 2004).

الحاجات الخاصة بالأخوة Special Needs of Siblings

يحتاج الأخوة إلى العديد من الأشياء لأن تحدث حتى تضمن الخبرات الإيجابية مع الأخ المعاق، وأهم هذه الأشياء هو النضج، وآباء لديهم معلومات ومهارات ومجموعات دعم وفرص للنمو كأفراد، ومشاركة إيجابية في البرنامج والتخطيط لمستقبل الطفل المعاق، وتوضيح دور الأخوة وإقامة علاقات إيجابية تفاعلية مع الطفل المعاق.

النضج والوالدين Mature and Parents

يحتاج الأخوة إلى والدين يتمتعون بدور إيجابي، وقادرين على تطوير مفاهيم الانتماء للطفل المعاق، فهم بحاجة إلى أن يفهموا أن لديهم مكانة خاصة في الأسرة، وأنهم ليسوا ثانويين. ولذلك فإن على الوالدين أن يبذلوا الجهود اللازمة لإشراكهم في تخطيط الأسرة، والأحداث الخاصة التي تمر بها، وكذلك يحتاج الأخوة إلى أن يشعروا بأنهم ليسوا مسؤولين عن أخيهم المعاق. بالطبع فإن النموذج الذي يتبناه الوالدين في تحقيق حاجاتهم الخاصة يخدم كنموذج للأبناء في تحقيق حاجاتهم أيضاً.

وقد يعاني الأخوة من مشاعر القلق والارتباك بسبب التغيرات المستمرة في ردود فعل آبائهم تجاه الطفل المعاق وكذلك كمحاولة للتكيف مع الحدث الجديد. ويواجه الأخوة تحديات خاصة في الأسرة والانضمام إلى قواعدها وإقامة علاقات مع الطفل المعاق. وفي هذا الاتجاه، فإن على الوالدين أن يوضحوا القواعد الخاصة

والترتيبات الخاصة بالطفل المعاق في الأسرة. ويواجه الوالدين بعض التساؤلات الخاصة بالطفل المعاق من قبل الأخوة ومن هذه الأسئلة:

1. هل تستطيع مساعدتي في فهم ما معنى أن يكون أخي من ذوي الاحتياجات الخاصة؟ ماذا تعني فعلا؟
2. هل تستطيع أن تشاركني مشاعرك وأساليبك في التعامل مع أخي أو أختي المعاقة؟.
3. هل سوف يكون لدي نفس المشكلة كاخي أو اختي؟
4. كيف استطيع أن أشرح الإعاقة إلى إصدقائي؟
5. لماذا يعطي وقتاً كثيراً لأخي المعاق؟
6. لماذا يوجد لديك توقعات مختلفة عني؟
7. ما هي مسؤوليتي؟
8. ما هي أفضل طريقة للتواصل مع أخي المعاق؟
9. كيف استطيع أن أتعامل مع السلوكيات غير المقبولة لأخي المعاق؟
10. كيف استطيع أن أتعامل مع مشاعري تجاه أخي المعاق؟
11. هل سوف أعاقب على هذه المشاعر؟
12. لماذا أشعر بالذنب عندما أحقق نجاحات في المدرسة؟
13. ماذا سوف يحدث في المستقبل؟

المعلومات والمهارات ومجموعات الدعم

Information, Skills, and Support Groups

يواجه الأخوة الذين لا توجد لديهم معلومات كافية وقتاً صعباً في تنظيم معلوماتهم، وتكوين اتجاهاتهم ومعتقداتهم بشكل صحيح، ولذلك فإن على الوالدين أن يقدموا المعلومات الكافية حول حالة الطفل المعاق، وأسباب الإعاقة، وماذا يمكن أن يفعل معها.

يحتاج الأخوة إلى أن يعرفوا ماذا يعني ذلك بالنسبة لهم، وهل سوف يصابون بهذه الحالة الصحية في المستقبل. من هنا نرى بأن الأخوة يحتاجون إلى معلومات

شاملة. كما يحتاجون إلى مساعدة في كيفية التعامل مع الحدث الجديد في الأسرة. فقد يسأل أطفال آخرون وكبار راشدون عن السبب، ولماذا جاء الطفل بهذه الحالة الصحية. لذلك فإن الأخوة أيضاً بحاجة إلى أن يعرفوا كيف يمكن أن يجيبوا على أسئلة من هذا القبيل. أضف إلى ذلك أن الأخوة أيضاً بحاجة إلى مهارات تواصلية فعالة واستراتيجيات لضبط سلوكهم، وكيف يكونون أعضاء مشاركين في برامج أخيهم المعاق وكيف يحددون هذه الحاجات الخاصة بأخيهم ويتعرفوا عليها. لذلك فإن المدرسة والأخصائيين مسؤولين عن تحقيق حاجات الأخوة وتزويدهم ببرامج تدريبية تمكنهم من إشباع حاجاتهم.

يحتاج أخوة الطفل المعاق إلى معرفة كيفية الالتحاق بمجموعات الدعم، بهدف التزود بالمعلومات، ومشاركة الخبرات الخاصة مع الآخرين. لذلك نجد الوالدين والمعالجين والمعلمين يساعدون في تكوين هذه المجموعات، وفيما يلي إرشادات للأخوة لبدء الالتحاق وتكوين مجموعات الدعم:

1. اختيار الوقت والموقع للقاء الأول:
   أ. مساءً، صباحاً وذلك حسب التفضيل.
   ب. مكان اللقاء يجب أن يكون تحديده سهلاً.
   ج. المكان يجب أن يكون سهل الوصول إليه.
   د. ضرورة توفر الراحة والهدوء في المكان.
2. تبادل المعلومات في اللقاء الأول:
   أ. تبادل الأسماء والتلفونات مع أفراد المجموعة.
   ب. تزويد الجهة المنظمة بالمعلومات الخاصة بالمجموعة.
   ج. الاتصال بالمرشد المدرسي.
   د. الاتصال بالأخصائي النفسي.
   ه. توفير معلومات للمجلات.

3. تحديد من سوف يقود اللقاء الأول والهدف هنا هو تحقيق كفاءة ذاتية:
   أ. التخطيط للحدث.
   ب. الإعداد للاشتراك بالجمعية والمشاركة بالأنشطة.
   ج. إعداد للنقاش.
4. تأسيس قواعد أساسية للقاء.
   أ. شخص واحد يتحدث في وقت واحد.
   ب. لا يسمح لأي شخص بمقاطعة المحادثة.
5. الأسماء المقترحة للأشخاص في المجموعة:
   أ. تحديد وقت للمناقشة.
   ب. إعطاء وقت محدد لكل شخص في الحديث.
   ج. إعطاء معلومات عن طبيعة العام القادم.
6. مجموعة الدعم يجب أن تحدد ما يلي:
   أ. متى وكيف يلتقون.
   ب. كيف تتبادل الخبرات المشتركة.
   ج. المشكلات التي يجب أن تناقش.

المشاركة المخطط لها Planned Involvement

يحتاج الأخوة إلى المساهمة في القرارات التي تتخذها الأسرة والمتعلقة بأخيهم المعاق. ويحتاج الأخوة إلى أن تحدد حاجاتهم، وهذا يكون من خلال مقابلتهم للتعرف على طبيعة هذه الحاجات. وفي حالة تصميم الخطة الأسرية الفردية، فالأخوة يجب أن يناقشوا فيها، ويكون مناسبا إشراك الأخوة في التدخلات العلاجية وهذا يساعد على زيادة معلوماتهم وإكسابهم مهارات التعامل مع أخيهم المعاق.

وفيما يلي بعض الأسئلة المساعدة على تحديد حاجات الأخوة:

1. هل تفهم أخيك أو أختك المعاقة؟

2. هل وضحت الأسباب لإعاقة أخيك لك؟.
3. كيف تشعر تجاه أخيك المعاق؟.
4. هل تستاء من مقدار الوقت الذي يقضيه الوالدين مع أخيك المعاق؟
5. هل توجد فرص للتعبير عن مشاعرك ومناقشتها مع أفراد أسرتك؟
6. هل تنتمي لمجموعات دعم خاصة؟
7. كيف يستجيب الأصدقاء لأخيك المعاق؟
8. ما هي المسؤولية المعطاة لك تجاه أخيك المعاق؟ وهل تعتقد بأنها عادلة؟
9. إذا توفرت لك فرصة للاتصال بآباء لديهم أبناء ذوو إعاقات أو بدون إعاقات فماذا سوف تخبرهم؟

الخطط المستقبلية Future Plans

يحتاج الأخوة إلى معرفة عن الخطط المستقبلية الخاصة بأخيهم المعاق. فالأخوة لا يدركون الأشياء كما يدركها الآباء. وعند التخطيط لمستقبل الطفل المعاق، فإن الوالدين والأخوة يجب أن يأخذوا بعض الأمور بعين الاعتبار مثل التنقل والمهارات الاجتماعية والتواصلية والتعليم والمعتقدات الخاصة بالفرد مثل أين يعيش وأين يعمل، وفيما يلي بعض الأسئلة الخاصة بالتخطيط لمستقبل الطفل أو الأخ المعاق:

1. ما هي حاجات الأخ المعاق؟.
2. كيف تتغير هذه الحاجات؟
3. ماذا يمكن أن تتوقع من مجموعات الدعم في المجتمع؟
4. ما هو مستوى مشاركتي؟
5. هل مستوى المشاركة مناسب لي مادياً وانفعالياً واجتماعياً؟
6. هل المسؤولية سوف تتشارك في أعضاء الأسرة الآخرين؟
7. هل المسؤوليات المعطاة لي مناسبة لأخي المعاق؟
8. هل سوف تتقبل زوجة المستقبل أخي المعاق؟

العلاقات الهادفة Meaning Full Relationships

قد تكون الحاجة إلى إقامة علاقات هادفة من أكثر الحاجات التي يحتاج إليها أخوة الأخ المعاق، وأنواع العلاقات التي يمكن للشخص أن يبنيها أو يكونها، فإقامة العلاقات الهادفة مع الأخ المعاق تبنى على أساس الثقة المتبادلة والفهم المشترك. وهذا الهدف يتطلب الكثير من العمل من جانب الأخ المعاق والإخوة الآخرين غير المعاقين. ويساعد الوالدين والأخصائيون على تزويد الأخوة بمعلومات هادفة لتشجيع هذه العلاقات (McLaughlin and Senn, 1994).

مسؤوليات الأخوة Siblings Responsibilities

يفترض بعض الوالدين بأن الأخوة هم الذين سوف يقومون برعاية أخيهم المعاق. ولكن هذا الاعتقاد لا يكون موضع تنفيذ لعوامل كثيرة، منها انتقال الأخوة إلى العمل خارج نطاق مكان السكن. فالأخوة أيضاً لهم حاجاتهم الخاصة، ورغباتهم التي يعملون على تحقيقها. ولذلك فإن الوالدين عليهم مسؤولية توضيح آلية العمل، ورعاية الطفل المعاق ومسؤولية الأخوة تجاه أخيهم المعاق. وهذا يتطلب من الوالدين أن يخبروا الأخوة عن مستقبل أخيهم المعاق (Cook, 1990).



شكل رقم (6-3): مسؤولية الأخ تجاه أخيه

اثر الأخوة على الطفل المعاق Impact of sibling on disabled child

تأخذ حاجات الأخوة للطفل المعاق في نطاق نظام الأسرة الكلي، وينحصر دورهم في تفاعل الوالدين والطفل المعاق. ويميل الأخوة إلى إظهار مدى من الاستجابات التكيفية باتجاه الأخ المعاق، ويعتمد تبني الموقف بالنسبة لهم على التأثيرات الأسرية والنفسية والشخصية. ويميل الأخوة إلى إظهار انفعالات بطرق

ترتبط بالديناميـة الخاصـة للموقف. كما يعتمد الأخوة على الوالـدين في تحديـد كيفيـة التعامل مع ردود الفعل وكيفية حل مشاكلهم. ويطور الأخوة مشاعر التقبـل والفهـم لأخيهم المعاق، كما يمكن لهم أن يتحملوا المسؤولية ومـساعدة أخـيهم علـى الإنجـاز. وعلى الرغم من ذلك، فإن الأسرة غير الوظيفية تكون مسؤولة عن الانفعـالات غـير الصحية التي يكونها الأخوة تجاه أخيهم المعاق. وتحتاج هذه الخبرات إلى إرشـاد. كمـا وتتباين مشاعر الأخوة من الاستياء والغيرة والإثم والأسى والخوف والخجل والقلـق والرفض، ولا نـستطيع أن نقول بأن هذه الانفعالات سيئة، بقـدر مـا يمكـن أن نقـول بأنها ناتجة عن سوء الفهم للموقف، وسوء تفسير سلوكيات الوالدين. ولـسوء الحـظ، فإن الوالدين أحياناً لا يساعدون الأبناء غير المعاقين على التعامل مع مشاعرهم، ولا يدعمونهم في حل مشاكلهم. وقد ينتج الاستياء والغيرة من الانتباه لاهتمام الوالـدين الزائد بأخيهم المعاق وقلة الوقت الذي يقضيانه مع أبنائهم غير المعاقين. كما أن بعض الوالدين يفترض أن يعطي المسؤولية للأخوة في رعاية أخيهم المعاق أو المريض. ومـن هنا فإنه بدون إرشاد وتوجيه مناسبين فإن الأخوة قد يطورون ردود فعل سلبية.

لقد رأينا تأثير الطفل المعاق على أخوته غـير المعـاقين. ولكـن مـاذا عـن تـأثير الأخوة غير المعاقين على أخيهم المعاق؟ قد يكون التأثير سلبيا وقد يكون إيجابيا. فقـد يقدم الأخوة نموذجاً لغوياً مناسباً لأخيهم، كما قد يساعدوه في تطوير مهارات حركيـة اجتماعية مناسبة، هذا بالإضافة إلى إمكانية تزويده بالعديد من الخبرات الممتعة. وإذا لم يتفاعل الأخوة مع أخيهم المعاق، أو أختهم المعاقة، فإنه قـد لا يطـور مفهـوم الـذات الإيجابي، كما أن الطفل المعاق قد لا يتطور بـشكل مناسـب، وقـد لا يحقـق متطلباتـه النمائية (McLaughlin and Senn, 1994).

التعامل مع انفعالات الأخوة Dealing With Siblings Emotions

كما رأينا، فإن الطفل المعاق يحدث تأثيرات شديدة علـى أخوتـه غـير المعـاقين. والأخوة هم أيضاً يمتلكون مشاعر حول كيـف سـوف يـؤثر أخـوهم المعـاق علـيهم. ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى فهم كافة أنواع مشاعرهم، وأنه لا يوجد مـا يـبرر الخجـل، وبالتالي فإنه علينا التعامل مع هذه المشاعر والانفعالات، وتوجيههم لأحداث عمليـة التكيف لديهم. وفي حالة التعامل مع الأطفال دون سن المدرسة، فإنـه يجب علينـا أن

نأخذ بالاعتبار هؤلاء الأطفال بأن يكونوا غير واعين، وغير مدركين لحقائق اختلافهم عن أخيهم المعاق، وهذا يترتب عليه صعوبة في فهم لماذا يقضي آباؤهم وقتاً أطول مع أخيهم المعاق. كما وقد يشعرون بالإحباط نظراً لعدم تحقيق حاجاتهم.

ومع بلوغ الأطفال سن الخامسة من العمر، فإن الأخوة والأخوات يكونون أكثر وعياً بالفروقات التي تربطهم بأخيهم المعاق، وهذا قد يدفع بهم إلى تشكيل ردود فعل سلبية حول الإعاقة، وأيضاً الأطفال هنا يكون لديهم الحماية والانتماء لأخيهم، فإذا مارس أحد الأطفال سلوك السخرية فإنهم يدافعون عن أخيهم.

ومع دخول مرحلة المراهقة، فإن المراهقين هنا يكونون أكثر وعياً بأنفسهم وبأخيهم المعاق، ويفكرون بأن الإعاقة التي حدثت لأخيهم قد تحدث لهم. ولذلك فإن هذا العمر يعتبر مناسباً لبدء الإرشاد الجيني أو الوراثي Genetic Counseling وهذا الإرشاد يساعدهم على تفسير لماذا حدثت الإعاقة أو احتمالية حدوثها. وكما هو معروف، فإن المراهقة مرحلة حرجة يكون فيها المراهق حساساً لأي شيء ومدركين لسلوكياته وسلوكيات أفراد أسرته. ولأن تأكيد الثقة بالذات هام بالنسبة للمراهقين، فإنه من المناسب إشعارهم بذلك، فهذا الشعور يتأثر بالطفل المعاق في الأسرة. ويكون على الأسرة مناقشة مشاعر القلق والإحباط التي قد تنتج، وهذا يعتبر أمراً مفيدا، فهو يساعد على فهم أسباب السلوكيات المشكلية.

وتظهر المشكلة من خلال مراقبة إظهار الأطفال الدلائل المؤشرة إلى ضغوطات نفسية ناتجة عن الموقف الجديد، وهذا قد يظهر على شكل أحلام مزعجة، أو تدني تحصيل ملحوظ أو إظهار سلوكيات مرضية، أو فقدان الاهتمام باللعب، فإذا ظهر أي من هذه السلوكيات فإنه من المناسب أن يتم التحدث إلى الطفل، ومحاولة فهم ما يزعجه، وقد يكون من المناسب الإحالة إلى الطبيب أو المعلم أو أخصائي نفسي، أو أي شخص آخر يقدم المساعدة.

تعليم الأخوة عن الإعاقة Teaching Siblings about Disability

عندما يصبح الوقت مناسبا لتعليم الأطفال عن الإعاقة، فإنه يكون مناسبا تقديم معلومات مناسبة. وتعمل هذه المعلومات على تكون اتجاهات وآراء واستجابات مناسبة حول الإعاقة التي يعاني منها أخوهم. إن معنى الإعاقة للأطفال

يعتبر أصعب من توضيحه لدى الكبار، ففي حالة الإعاقة البصرية قد تخبرهم بأن الإبصار هو واحد من الطرق التي يتعلم بها عن العالم المحيط بنا، كما يمكن أن يحدث ذلك من خلال استخدام الحواس الأخرى مثل الشم والذوق واللمس والسمع. فنحن نستخدم البصر لنعرف كيف تجري الأمور من حولنا، وعندما يحدث شيء للإبصار فإننا نفقد المعلومات التي نأخذها من خلاله الإبصار. إن معظم الوالدين يبدؤون بعبارات بسيطة مثل (أخوك لا يرى كما ترى أنت) وبالطبع فإن الأسئلة الخاصة بالأطفال تظهر بعد هذه العبارة. وهنا يكون مناسبا أن نكون مستمعين جيدين ومزودين بمعلومات جيدة للتعامل مع أسئلة الأطفال. وخلال إجاباتنا فقد لا يكون الأطفال مدركين وفاهمين للمعلومات، واجابتنا للأطفال يجب أن تكون بسيطة. بعض الوالدين قد يبدؤون بمناقشة الخرافات والمعتقدات الخاطئة حول الإعاقة البصرية مثلاً فقد يقول الآباء بأن هؤلاء الأطفال يسمعون أفضل من غيرهم بسبب اعتمادهم على حاسة السمع أكثر. وهكذا فإن إعطاء الأطفال المبصرين معلومات واضحة وصحيحة يساعد في تكوين اتجاهات إيجابية وآراء داعمة.

وأما عن تعاملنا مع المراهقين، فإنه علينا أن نكون أكثر وعياً بطبيعة المعلومات التي يجب أن نقدمها. فيجب أن تكون المعلومات صحيحة، والتأكيد على دور الطفل المعاق في ممارسة الأنشطة اليومية وتوضيح قدراته الوظيفية.

تزويد الأخوة بالدعم والانتباه Providing Siblings the Support and Attention

كل الوالدين الذين يملكون أكثر من طفل يشعرون بالجهد العالي الذي عليهم القيام به لإعطاء أطفالهم حقهم في الانتباه والدعم الخاص الذي يحتاجونه. وهناك طريقتان يستطيع من خلالهما الوالدين ضمان أن حاجات طفلهم الانفعالية الخاصة ليست مهمة أو متجاهلة:

1. معرفة علاقات الأخوة في الأسرة.
2. اللجوء إلى المرشد الذي يساعد في فهم حاجات الأطفال.

فعندما يبدأ الأطفال المعاقون وغير المعاقين بالحديث مع بعضهم، فإنهم يبدؤون بفهم بعضهم البعض. كما أن إشراك الأطفال بمجموعات مثلهم يساعد في تحقيق

حاجاتهم وبناء علاقات دافئة مع الأخ المعاق. وفي الأسر الوظيفية، فإن الأخوة فيها يمارسون الرعاية لبعضهم البعض، وفي حالة وجود الصدامات بين الأخوة فإن الطفل المعاق قد يشعر بالإحباط، خصوصاً إذا كان التفسير هو أن الطفل المعاق كان السبب ومن ثم لومه على ذلك. وأن بناء محادثات هادفة ونقاشات مفيدة يساعد في فهم الموقف وفهم بعضهم البعض (Ruth and Bolinger. 1996)؛ الزريقات – 2006).

دور الأسرة مع الطفل المعاق

يلعب أعضاء الأسرة أدواراً خاصة في مساعدة طفلها المعاق على النمو، وتلعب الأم دوراً أكثر خصوصية مع الأطفال المعاقين، فاستجاباتهم لحاجات الطفل الخاصة وتواصلهم معه يساعد على تطور معالمه النمائية ولغته الاستقبالية والتعبيرية. ولأن الطفل المعاق لا يستطيع التفاعل مباشرة مع الوالدين بسبب إعاقته، فهو بحاجة ماسة إلى بناء تفاعلات إيجابية مع أعضاء أسرته لتسهيل وتشجيع وبناء أسس التفاعل الاجتماعي وتبادل اللغة والسلوكيات الإيجابية.

كما أن هؤلاء الأطفال بحاجة إلى معرفة معلومات حول قدراتهم، وهم كذلك يعانون من مشاعر القلق والخوف المرتبطة بحالتهم أو بإعاقتهم، ويقع على عاتق الوالدين مسؤوليات كثيرة عليهم أن يحققوها مع أطفالهم، فالآباء عليهم مساعدة أطفالهم في تنمية العديد من المجالات التالية:

1. التواصل.
2. الحياة المستقلة.
3. تدريب المهارات والتفاعل مع البيئة.
4. المهارات الحركية الدقيقة والكبيرة.
5. المهارات المعرفية والاجتماعية.

وحتى يتمكن الوالدين من القيام بواجبهم ويلتزمون بتحقيق حاجات أطفالهم الخاصة، فهم بحاجة إلى أن يتعلموا كيف يحققون هذه الحاجات والمهارات الخاصة وكيف يكونون أكثر فاعلية مع أطفالهم.

وإضافة إلى ذلك، فإن والدي الأطفال المعاقين بحاجة إلى أن يتعلموا مهارات التعامل مع الضغط النفسي، وتوفير الدعم الاجتماعي لهم، وذلك لتمكينهم من مواجهة تحدياتهم الخاصة وحاجات أطفالهم (Smith, 2007؛ الزريقات – 2006).

التعاون بين الأخصائيين والوالدين

Parent – Professional Collaboration



شكل رقم (6-4): التعاون بين الأخصائيين والوالدين

يلعب الوالدين أو من يقدم الرعاية للطفل، دوراً هام ورئيساً في خدمات التدخل المبكر للأطفال، وبدون مشاركة فعالة من قبل الوالدين فإن الآثار الإيجابية للتدخلات لا ترى. وفي التعاون بين الوالدين والأخصائيين، فإن الوالدين يجب أن يعلموا كيفية العمل مع الطفل بفعالية، وذلك بهدف تشجيع نمو الطفل في كافة المظاهر النمائية.

ويمكن للوالدين أن يساهموا بتقديم معلومات ذات قيمة حول طفلهم وحول الأسرة. فهم يعرفون العديد من الأشياء عن الطفل لا يعرفها الآخرون بما في ذلك عناصر القوة وعناصر الضعف، وما يحب ولا يحب والتاريخ الطبي. ويلعب الوالدين دوراً هاماً في البرامج التي يسجل فيها الطفل، بما في ذلك المساعدات الاختيارية، وإعداد الأدوات والتنشئة، وتقديم الدعم لآباء آخرين.

وعندما يعمل الوالدين والأخصائيون مع بعض لإشباع حاجات الطفل في إطار تعاوني، فإن هذا يساعد أكثر في استفادة الطفل. وعلى الأخصائيين أن يحملوا المسؤولية في تحديد كيفية تحقيق تعاون أفضل وإقامة علاقة تشاركية مع الوالدين. وغالباً ما يكون صعباً على الوالدين الشعور بأنهم جزء من فريق العمل، خصوصاً

عندما يحاطون بالأخصائيين في المجالات المختلفة. وحتى تحدث العلاقة التشاركية الجيدة فإن يجب توفير ما يلي:

1. التواصل المستمر.
2. حل الصراعات.
3. الاحترام المتبادل.

ومن ناحية أخرى، فإن كافة الأفراد الذين يعملون في فريق العمل يجب أن يشعروا أنهم جزء هام من هذا الفريق، وكل عضو عليه أن ينظر إلى الآخرين على أنهم مشاركون متساوون وان هدفهم المشترك هو إيجاد أفضل الطرق التي تقدم فيها الخدمات للطفل (Hedrick, 1997).

تغيير الادراكات Changing Perceptions

يتشابه الوالدين والأخصائيون من حيث امتلاكهم تشابهات هامة، فهم قبل كل شيء أفراد لهم مشاعرهم وإدراكاتهم الخاصة. وتتغير هذه الإدراكات عندما يلعب الأفراد دوراً مختلفا، ولأن الوالدين يعرفون طفلهم أفضل وأكثر من غيرهم فإن الأخصائيين يجب أن يعطوا أهمية خاصة لإدراكات الوالدين الخاصة بالطفل. فالوالدين هم أول من يحس ويشعر بأن الطفل لديه تأخر نمائي في بعض المجالات، وعندما يذهب الوالدين بالطفل إلى الأخصائي فإن الوالدين يعتقدون بأن الأخصائي سوف يعالج المشكلة.

ويمتاز أخصائيو التربية الخاصة بأنهم في العموم يقدمون خدمات متنوعة بهدف مساعدة الطفل وأسرته، فهم يقدمون مقترحات، وتوجيهات، ودعم وآراء للوالدين. وغالباً ما يسعى الأخصائيون إلى توجيه الوالدين بأنهم على معرفة ومهارة عالية، وأنهم يعرفون ما هو في صالح الطفل، ولذلك فإن الأخصائيين مسؤولون عن ضمان أن الوالدين يفهمون أن الأخصائيين لا يعرفون دائماً كافة الأجوبة على كافة الأسئلة. وفي هذا المنظور يكون:

أ. الأخصائيون مسؤولون عن تقديم معلومات متنوعة على مستوى الوالدين ويمكن فهمها، والوالدين هنا يقومون بدور فعال في تعليم الطفل لأنهم الأكثر تأثيراً في حياته.

ب. الأخصائيون يجب أن يتأكدوا بأن الوالدين يعرفون مشاعرهم وأفكارهم، وهذه المعرفة لها أهمية خاصة، والأخصائيون يجب أن يشجعوا الوالدين على الدفاع عن حقوق طفلهم وأنها أيضاً جزء من عملية اتخاذ القرار التربوي حتى تقدم لها الخدمات المناسبة.

وعندما لا يشارك الآباء بفعالية في عملية تعليم الطفل، فإن هذا غالباً يكون بسبب عدم معرفتهم، فالآباء أحياناً يعانون من ضغوطات في العمل، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأخصائيين أيضاً يشعرون بالإحباط عندما لا يشارك الوالدين في تعليم طفلهم أو تحمل المسؤولية، فأحيانا فإن الوالدين لا ينفذون مقترحات الأخصائيين التي يرسلونها إلى منزل الطفل، وكما أن الاجتماعات أيضاً التي تعقد لا تلبى دعواتها من قبل بعض الوالدين، هذه السلوكيات تثير مشاعر الإحباط بالنسبة للأخصائيين الذين يعملون مع الطفل.

وهكذا فإن الأخصائيين يجب أن يتجنبوا رؤية الوالدين على أنهم غير معاقين. فالأخصائيون عادة ما يكونون ميالين إلى تفسير ضعف مشاركة الوالدين على أنها إهمال أو تجنب لتحمل المسؤولية من قبل أعضاء الأسرة التي ينتمي إليها الطفل المعاق، وهذا الاستنتاج عادة ما يكون غير دقيق.

فالعديد من الأسر لديها متطلبات وحاجات تسعى إلى تحقيقها، ولذلك عندما يطلب منهم أن يحضروا اجتماعاً مثلاً في التربية الخاصة فإن هذا لا يكون طلباً سريع التلبية مع حاجاتهم المتزايدة.

وعادة ما يركز الأخصائيون على الطفل أكثر من التركيز على الحاجات الخاصة بالأسرة ككل. فهم أشخاص متخصصون في تقديم المساعدة لتشجيع نمو الطفل. ولذلك غالباً ما يحبطون عندما لا تكون مشاركة الوالدين بالمستوى المناسب. وبدلاً من أن يكونوا محبطين أو لديهم اتجاهات سلبية تجاه الوالدين، فإن الأخصائيين عليهم

أن يدركوا أنه إذا كان الوالدين أو مقدمو الرعاية للطفل لم يشاركوا بفعالية فإن هذا قد يكون بسبب عدم مقدرة الوالدين على إعطاء وقت أكثر، وهنا على الأخصائيين أن يقبلوا بمستوى المشاركة، وفي الوقت نفسه الأخذ بالاعتبار كافة حاجات الأسرة الخاصة، وتجنب إلقاء المسؤولية الزائدة على الوالدين لأنه يسبب ضغوطاً نفسية، ويزيد من مصادر هذا الضغط. وعلينا أن نأخذ بالاعتبار أن الوالدين الذين يعانون الضغوطات لا يستطيعون مساعدة طفلهم بفعالية.

ومن الطبيعي أن يركز الوالدين على حاجات طفلهم المعاق أكثر من حاجات أطفالهم الآخرين غير المعاقين مع الأخصائيين الذين يعملون معهم. والأخصائيون في المقابل يركزون على حاجات كافة الأطفال الموجودين في الأسرة، وهذا الاختلاف في الدور أو التركيز بين الوالدين والأخصائيين يؤدي إلى صراع مع تركيز الوالدين.

ويستفيد الآباء من التوجيه الداعم لهم، كما أن تعليم مهارات التواصل قبل الإصغاء وتقديم التغذية الراجعة والتواصل مع الأفكار غالباً ما يساعد الوالدين على زيادة توكيدهم لذواتهم، وثقتهم بالمساعدة، وفي هذا الاتجاه، هناك الكثير من برامج تدريب الوالدين على التواصل الفعال، ويعرض الجدول التالي طرق التواصل الفعال بين الوالدين والأخصائيين:

جدول رقم (6-2): طرق المساعدة على التواصل الفعال بين الوالدين والأخصائيين

- كن صريحاً.
- تذكر دائماً أنه صعب ان تتوقع أو تفهم كافة الأحداث.
- أنه ليس من المنطقي أن تتوقع أن الآخرين يعرفون كافة الإجابات وأن من الصعب ان تلم بكافة المعلومات الجديدة عن الأساليب العلاجية والتربوية المستخدمة والتي يمكن ان يستفيد منها الطفل.
- تذكر دائماً أن الخدمات غالباً ما تكون محددة ومقيدة بالقواعد والإجراءات.
- عندما يكون مناسباً قدم كافة المعلومات المطلوبة.
- تذكر أن لكل فرد مسؤوليات عديدة تحدد وقته وتركيزه.
- شارك في ملاحظات مشجعة مع الآخرين وكن دائماً إيجابياً.
- أظهر التقدير والاحترام في الحديث للآخرين.
- في حالة عدم الاتفاق، تحدث مع الأخر قبل تحدثك مع الآخرين عن مشكلتك الخاصة.

إن الوالدين المؤكدين لأنفسهم يشاركون بفعالية في تعليم طفلهم، وهذا أيضاً هو سبب رئيسي في تلقي الخدمات المطلوبة. وعلى الأخصائيين أن يدركوا أن شكوى أو سؤال الوالدين عن طبيعة الخدمات المقدمة لطفلهم، يكون بسبب اعتقادهم أن الخدمات مهمة بالنسبة لتطور طفلهم، وهكذا فإن الوالدين المشاركين يجب أن يشجعوا وليس أن يحبطوا.

وغالباً ما يقضي الأخصائيون معظم وقتهم في التفكير في الطفل الذي تحملوا مسؤولية تقديم الخدمات له، أو يقضون الوقت في تنفيذ البرنامج المصمم للطفل ولأسرته، وهذا في الحقيقة يؤدي إلى الاحتراق النفسي للأخصائي، فإذا لم يؤد الاحتراق النفسي إلى ترك الأخصائي لمهنته، فإنه يؤدي إلى فقدان الطاقة اللازمة لتحقيق الفعالية في العمل. ولذلك فإن على الأخصائيين أن يدركوا أنهم ليسوا دائماً قادرين على تحقيق وحل كافة المشكلات التي تتحداهم في العمل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم.

ونحن كأفراد نمتاز بأن لدينا خبرات خاصة بحياتنا، وهذه الخبرات تؤثر في كيفية التعامل مع الصعوبات والتحديات الحاضرة. ولذلك فإن على الأخصائيين أن يأخذوا بالاعتبار أن الوالدين يتعاملون مع الطفل الذي يعاني من تأخر نمائي بطريقتهم الخاصة. وهذه الخبرات تساعد في بناء خصائص الشخص، وتكسبه استراتيجيات خاصة في التعامل مع تحديات الحياة، أو قد تؤدي به إلى فهم أفضل للموقف. والطفل ذو الاحتياجات الخاصة هو أيضاً، خبرة من خبرات الوالدين، ولذلك فإن على الأخصائيين أن يقدموا الدعم الوالدين. وأن يساعدوهم في تقبل الطفل بغض النظر عن وجود الإعاقات النمائية.

وقد يقوم بعض الوالدين للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بقبول الطفل والمشاركة في تعليمه، بينما آخر يعاني من الضغوط النفسية بسبب الطفل المعاق ويظهر الغضب والأسى. ويصبح هنا هدفنا هو مساعدة الوالدين على تحقيق أو الوصول إلى مرحلة التكيف Adaptation phase وإدراك حاجات الطفل الخاصة، وتعلم استراتيجيات تعويضية لهذه الاحتياجات وتعزيز نمو الطفل وتشجيعه. وقد يبقى

الإحساس بالحزن، ولكن هذا يكون طبيعياً إذا لم يعطوا الوالدين المجال للتداخل مع الجهود المبذولة لتحسين نوعية حياة الطفل.

فالدور الرئيسي للوالدين، هو الحب والتشجيع الذي يقدماه للطفل وتوفير رعاية وبيئة آمنة يستطيع الطفل أن ينمو من خلالها. ويركز الأخصائيون أحياناً على مساعدة الوالدين في تعلم كيفية قبول الطفل المعاق. فالأخصائيون قد يخبرون الوالدين بأنهم يقومون باستجابة الإنكار، وهذا يكون بهدف مساعدة طفلهم فالوالدين عليهم قبول أن طفلهم معاق، وهذا غالباً لا يكون مساعدة للوالدين، ولا يفضلون سماعة. فالآباء يشجعون ويساعدون على حب طفلهم المعاق والأخصائيون يقدمون معلومات محددة ويشجعون كيفية مساعدة الطفل. فالوالدين لا يحتاجون إلى محاضرات لرسم الإقبال والطموحات، ولكنهم يحتاجون إلى:

1. تشخيص طفلهم من قبل أخصائيين مع تقديم التعاطف لهم وفهم مشاعرهم.
2. إعطاؤهم الوقت الكافي في طرح الأسئلة.
3. فهم إعاقة طفلهم بما في ذلك الأسباب والمحددات وهذا يساعد على تطوير نظرة واقعية للإعاقة.
4. تعلم كيفية إيجاد واستخدام الخدمات المساندة.
5. تعلم كيفية التعامل مع الأفراد الآخرين وردود فعلهم تجاه طفلهم المعاق.
6. معرفة حقوق الطفل المعاق والدفاع عنها.
7. معرفة كيفية تحقيق توازن بين حاجاتهم الخاصة وحاجات أعضاء الأسرة الأخرى وحاجات الطفل الذي يعاني التأخر النمائي. (Hedrick, 1997).

التواصل الفعال Effective Communication

يعتبر التواصل بين الوالدين والأخصائيين عنصراً فعالاً من عناصر برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أن التواصل الفعال عنصراً رئيساً للعلاقة الناجحة ويشتمل التواصل الفعال على التواصل غير اللفظي والتواصل اللفظي.

1. التواصل غير اللفظي Nonverbal Communication

فعندما يجري التواصل فإن كلا من الأخصائيين والوالدين عليهم أن يكونوا مدركين للرسائل غير اللفظية المرسلة فالعوامل غير اللفظية تؤثر على فعالية التواصل. ويشتمل التواصل غير اللفظي على التواصل بالأعين وتعبيرات الوجه والمسافة بين الأفراد خلال الحديث والإيماءات وغيرها وهذه كلها ترسل رسائل مهمة. ويعتقد بعض الباحثين بأن لغة الجسم ترسل رسائل أقوى من الكلام، ولذلك فإن الوالدين والأخصائيين يجب أن يفهموا الرسائل التي يرسلونها خلال تفاعلهم ولقاءاتهم مع بعضهم البعض.

2. التواصل اللفظي Verbal Communication

ويعود التواصل اللفظي إلى اللغة المنطوقة واللغة المكتوبة. فالكلمات المستخدمة مهمة أكثر من السياق والطريقة التي تنطق بها أو تكتب. ولذلك فإن على الوالدين والأخصائيين أن يكونوا واعين لكلماتهم التي يستخدمونها، وان يختاروا كلمات مناسبة ومشجعة على التواصل وبناء الثقة المتبادلة، وهذا التواصل يصبح أكثر أهمية خصوصاً في اللقاءات التي تجري مع فريق العمل، والمعلومات التي يتم تبادلها حول الطفل وأسرته وتقديم الخدمات. وبالإضافة إلى الكلمات المستخدمة فإن النغمة التي تنطق بها هذه الكلمات وآلية قولها، لها آثارها الخاصة على التواصل، فنغمة الصوت مهمة جداً وتؤثر على كيفية تفسير الرسائل.

ويلعب التواصل المكتوب دوراً هاماً في برامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. ونظراً لأهمية توثيق الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، فإن كافة أشكال التواصل يجب أن تظهر بشكل مكتوب. ومع أهمية التواصل المكتوب فإنه أيضاً ليس دائماً الطريقة المفضلة في تبادل المعلومات بين الوالدين والأخصائيين كما أن التواصل المكتوب يفتقد إلى لغة الجسم ونغمة الصوت ويسهل تفسيره بشكل خاطئ. ولذلك فإن التواصل المكتوب عندما يكتب فإنه يجب أن نكون حذرين ومدركين لطبيعة المعلومات المكتوبة. وتشتمل أنماط التواصل على:

1. أنماط التواصل التي تقدم معلومات قليلة: وهذه تشكل على:

أ. أنماط التواصل المصطنعة.

ب. أنماط التواصل خلال اللعب.
ج. أنماط التواصل الاجتماعية.
د. أنماط التواصل الأمرية.
ه. أنماط التواصل الاتهامية.
و. أنماط التواصل اللومية.
ز. أنماط التواصل الاستغلالية.

2. **أنماط التواصل التي تقدم معلومات أكثر: وهذه تشمل:**

أ. المعلومات المستندة إلى المعرفة على مستوى المستمع.
ب. أنماط التواصل الباحثة عن معلومات مفصلة.
ج. أنماط التواصل الباحثة عن معلومات هامة.
د. أنماط التواصل التي تتشارك المعلومات.
ه. أنماط التواصل المفتوح.
و. أنماط التواصل المتبادلة للمعلومات الحقيقية.

كما أن نوعية العلاقة القائمة: الصداقة، وتماسك علاقات الأسرة، وفعالية العمل، تعتمد على قدرة الشخص على الإصغاء، فالبحوث تشير إلى أن 75٪ من التواصل المنطوق يتم تجاهله، ويساء فهمه، أو ينسى بسرعة. ولذلك فإن مهارات الإصغاء المطورة جيداً هامة وضرورية. فالإصغاء يشتمل على مهارات أكثر من سماع الكلمات، فالإصغاء يتطلب أذنا صاغية، وعينا نشطة ومدركة، وذاكرة وقلبا نشطا. فالإصغاء عملة نشطة، ومن المظاهر الهامة في الإصغاء الفعال هو القدرة على تفسير الإشارات والإيحاءات غير اللفظية مثل لغة الجسم وتعبيرات الوجه، كما أن الشخص الذي يمتاز بالإصغاء الفعال يستخدم صياغة الفقرات، ويستخدم الكلمات، ويشجع التواصل وتبادل الأفكار والمعلومات، كما أنه يقوم بردة فعل مناسبة للتكلم، ويدرك أن أفكاره ومشاعره قد فهمت وأدركت (Hedrick, 1997).

مبادئ التواصل الفعال Principles of Effective Communication

الإنسان بطبيعته يسعى إلى إقامة تواصل مع الآخرين ومن خلال هذا التواصل يتحدث ويصغي ويتعلم من الآخرين وهناك خمسة عناصر أساسية للتواصل الفعال بين المعلم والوالدين:

1. **قبول ما يقوله الوالدين**: ويعني إيصال الأفكار بوسائل لفظية وغير لفظية، والوالدين عادة ما يتكلمون بحرية وبصراحة عندما يعتقدون أن حديثهم يلقى الاحترام والتقدير. فالقبول يعني فهم وتقدير وجهة نظر الآخر، وهذا لا يعني أن الأخصائي يوافق على كل ما يقوله الوالدين.
2. **الإصغاء بفعالية**: فالمصغي الجيد ينتبه ويستجيب لما يقوله الطرف الآخر بطريقة ذكية. والمصغي الجيد يعطي الانتباه إلى محتوى الرسالة (ماذا يقال). وعلى الأخصائي ان ينتبه خلال الاجتماعات ويصغي إلى أداء الوالدين ويتعرف على طبيعة التفاعل القائم في الأسرة.
3. **طرح الأسئلة بفعالية**: وإلى المدى الذي يستطيع الأخصائي أن يطرح أسئلة مفتوحة، فإن هذا يكون جزءاً رئيساً من التواصل الفعال، خصوصاً خلال الاجتماعات، والمؤتمرات. ولا يجب أن تركز الأسئلة الموجهة للوالدين دائماً على المشكلات أو التحديات الخاصة، ولكن على المعلم أو الأخصائي أن يحترم حق الوالدين في الاحتفاظ ببعض المعلومات الخاصة، وإبقائها ضمن إطار الأسرة وليس خارجها.
4. **التشجيع**: فمن المهم بالنسبة للوالدين أن يسمعوا الأخبار الجيدة حول طفلهم وأن يوصف لهم بعض مظاهر السلوك الجيد الذي حققه الطفل أو تحسن الأداء، لأن هذا من شانه أن يساعد ويحسن من عملية مشاركة الوالدين.
5. **المحافظة على التركيز**: فالتحية وبعض أشكال الحديث البسيط والقصير مرغوبة قبل البدء بالعمل، ويجب أن تركز المحادثات بين الوالدين والمعلمين على تعليم الطفل والتقدم الممكن تحقيقه. وعلى الأخصائيين والمعلمين أن يكونوا حساسين للفروقات الثقافية وأنماط المحادثة للأسرة (Heward, 2006).

معوقات التواصل

أحياناً يشكل الآباء والمعلمون اتجاهات تجاه بعضهم البعض، وهذه الاتجاهات تعيق من عملية تحقيق إنجاز ملحوظ مع الطفل. فالمعلمون أحياناً يشكون من أن الوالدين غير مهتمين بحالة طفلهم، وغير متعاونين أو أنهم عدائيون. بينما نجد الوالدين أيضاً يصفون المعلمين بأنهم سلبيين وغير مقدرين لحقيقة الموقف. ولذلك فانه في مثل هذه الحالات علينا أن نسعى إلى معرفة العوامل المؤدية لذلك لتحديدها ومواجهتها. وبينما لا يستطيع المعلمون تغيير اتجاهات الوالدين مباشرة فإن الأخصائيين يجب أن يجددوا ويزيلوا السلوكيات الشخصية التي تعيق التواصل مع الأسر، فبعض الأخصائيين يمتلكون معتقدات وافتراضات خاطئة حول والديّ الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذه الاتجاهات تؤدي إلى علاقات ضعيفة بين الأسر والأخصائيين، لذلك فإنه علينا أن لا نشعر بالمفاجأة إذا شعر الوالدين بالغضب والإدراك والعداء إذا عوملو بأحد الأساليب الآتية:

1. معاملة الوالدين على أنهم عرضة للخطر بدلاً من أن يكونوا شركاء حقيقيين، فبعض الأخصائيين يعاملون الوالدين على أنهم يحتاجون دائماً إلى مساعدة. والحقيقة أن المعلمين يحتاجون الوالدين.
2. المحافظة على مسافة مع الوالدين، فبعض الأخصائيين في المجالات الإنسانية، يحافظون على وجود مسافة بينهم وبين الآخرين طالبي المساعدة وهذه المسافة تؤدي إلى تكوين مناخ غير مريح مع الوالدين مما يهدد بإنهاء العلاقة معهم.
3. معاملة الوالدين على أنهم بحاجة إلى إرشاد، فبعض الأخصائيين يشكلون فرضيات أن الطفل المعاق في الأسرة يؤدي دائماً بالأسرة إلى طلب العلاج.
4. لوم الوالدين على حالة طفلهم الصحية، فبعض الوالدين يشعرون بالمسؤولية تجاه إعاقة طفلهم، مع تشجيع قليل من قبل الأخصائيين مما يؤدي بهم إلى الشعور بالإثم. فالإرشاد الناجح يركز على حل المشكلة بشكل تعاوني مع الوالدين.
5. عدم احترام الوالدين ومعاملتهم بأنهم أقل ذكاء، فأحياناً، ينظر إلى الوالدين على أنهم غير مدركين، وتنقصهم المهارة والمعرفة، وأنهم لا يستطيعون الوصول إلى المعلومات اللازمة، وهذا من شأنه الإنقاص من احترام الوالدين.

6. إطلاق التسميات على الوالدين، فإذا لم يوافق الوالدين على التشخيص ويبحثون عن آخر، فإنهم يصنفون بأنهم منكرون للتشخيص.
7. معاملة الوالدين بأنهم خصوم، فبعض الأخصائيين يتوقع الأسوأ عند معاملة الوالدين، وهذا من شأنه أن يلحق الضرر بالعلاقة مع الوالدين (Heward, 2006).

الإعداد للاجتماعات Preparing for Meetings

تتطلب الاجتماعات التي تناقش خدمات التربية الخاصة المقدمة للأطفال المعاقين الصغار تخطيطاً إضافياً. فالوالدين عندما يحضرون إلى الاجتماعات لمناقشة حالة طفلهم المعاق فإنهم غالباً ما يعانون من الضغط النفسي، ومتى يشعر الوالدين بأنهم جزء من فريق العمل، فإنهم بحاجة إلى أن يعدوا إلى مثل هذا النوع من اللقاءات.

والإعداد للاجتماعات يتطلب من الوالدين والأخصائيين أن يخصصوا وقتاً للتفكير حول ماذا يمكن أن يكتب، وما هي الأسئلة التي تحتاج إلى إجابة، وما هي المشكلات الحرجة، وما هي طبيعة الانفعالات والتوقعات التي ترتبط بالاجتماع. وقبل عقد الاجتماع فإن على الوالدين والأخصائيين أن يحددوا أهداف الاجتماع وهذه الأهداف يجب أن تكون واقعية ومكتوبة ومرتبة حسب أهميتها، وكذلك فإن المحددات ومعوقات تحقيق الأهداف يجب أن تحدد. وخلال الاجتماع فإن الوالدين عليهم أن يكونوا مدركين ومصغين لما يقال من قبل كل شخص في الاجتماع، وهذا يساعد في توضيح الأهداف والآراء والمشكلات الخاصة، وقد يأتي بعض الوالدين إلى الاجتماع مع محامٍ أو شخص صديق، وذلك للمساعدة في توضيح بعض المشكلات الغامضة للوالدين.

وبعد إنهاء الاجتماع على الوالدين والأخصائيين أن يكتبوا ما تم نقاشه، ونوع الخدمات التي سوف يتلقاها الطفل، وتحديد لمسؤولية الوالدين. وغالباً ما ترسل المؤسسة المسؤولة عن تقديم الخدمات للوالدين الخطة مكتوبة وعندما يتلقى الوالدين هذه الخطة، فإن عليهم أن يقارنوا ما هو موجود في هذه الخطة مع ما تمت كتابته ومناقشته خلال الاجتماع. وينصح الوالدين بأن يحتفظوا بكافة المراسلات واللقاءات

مكتوبة في ملف خاص يدعى ملف المنزل Home File وهذا الملف قد يشتمل على المعلومات الخاصة بالطفل وهذه المعلومات:

1. السجلات الطبية.
2. سجلات المدرسة.
3. ملاحظات الطفل في المنزل.
4. ملاحظات الطفل في المدرسة.
5. تعاون بين سلوك الطفل في المدرسة وسلوكه في المنزل.
6. اختيار وتقييم النتائج.
7. تقرير عن أفضل ما تعلمه الطفل من خلال البصر أو السمع أو اللمس.
8. نسخ من أعمال الطفل.
9. مجالات التقدم.
10. تقدير التقدم.
11. الطرق الناجحة وغير الناجحة في التدخلات المبكرة المستخدمة مع الطفل.
12. المجالات التي تحتاج إلى خدمات أكثر.
13. مفهوم الذات.
14. الاتجاهات نحو الوالدين والمدير والأصدقاء.

يوضح جدول (6-3) الأدوار الخاصة بالوالدين والمعلمين في الاجتماعات:

جدول رقم (6-3): أدوار الوالدين والمعلمين في الاجتماعات الإيجابية

دور الوالدين	دور المعلمون
• إيجاد من سوف يحضر الاجتماع. • إبلاغ والديّ آخرين لحضور الاجتماع. • وضع قائمة بأهداف وأفكار حول الطفل. • طرح أسئلة خلال عقد الاجتماع. • إحضار بعض أعمال الطفل إلى الاجتماع. • تبادل المعلومات حول اهتمامات الطفل. • طلب توصيات للقيام بها في المنزل. • أخذ الملاحظات. • الحصول على تقارير من تقيم الطفل. • طلب اجتماعات أخرى. • تلخيص ابرز ما نوقش قبل مغادرة الاجتماع.	• إخبار الوالدين حول من سوف يحضر الاجتماع. • البدء بالاجتماع في وقته. • بدء الاجتماع وإنهاؤه بشكل إيجابي. • الإصغاء الجيد. • الهدوء وعدم إصدار الأحكام. • تجنب إجراء مقارنات مع أطفال آخرين. • السماح بوقت لطرح الأسئلة. • الاحتفاظ بعينات من أعمال الطفل. • استخدام لغة بعيدة عن إطلاق الأحكام • تجنب استخدام المصطلحات المهنية. • طلب اقتراحات خاصة بأهداف المدرسة. • أخذ الملاحظات. • فتح المجال لتلخيص المشكلات الرئيسة للمناقشة قبل إنهاء الاجتماع.

(Hedrick, 1997)

إرشادات للاختصاصيين في التعامل مع الوالدين

Guidelines for Professionals in Dealing with Parents

تؤثر العلاقة بين الاختصاصيين والوالدين على مفهوم الذات لديهم، والثقة ومستوى المشاركة في البرامج التربوية، وعلى الرغم من مسؤولية المعلمين في برامج التربية الخاصة، فإن مشاركة الوالدين تعزز وتدعم البرنامج التربوي. وفيما يلي مجموعة من الإرشادات التي على الاختصاصيين أن يأخذوها بعين الاعتبار عند تعاملهم مع والديّ الأطفال المعاقين:

1. إشراك الوالدين في كل خطوة.

2. استخدام التواصل البصري المباشر وجهاً لوجه، وإزالة العوائق المادية (مثل المقعد، أو التلفون) عندما نتواصل مع الوالدين وعلينا التأكيد على ضرورة إقامة التواصل البصري.
3. سؤال الوالدين عن حاجاتهم الخاصة.
4. ممارسة الانتباه ومهارات الإصغاء، فهذا يعطي الاحترام لكل من الوالدين والطفل. إن الإصغاء الفعال يوصل رسالة إلى الوالدين بأن دورهم مهم، وأن المعلومات التي يقدمونها هامة بالنسبة لهم وللبرامج التربوية أو العلاجية. هذا بالإضافة إلى أن الإصغاء الفعال يكشف عن جوانب القوة والضعف لدى الوالدين.
5. تبادل أي معلومات مهما كانت، فليس علينا أن نبني افتراضات حول طبيعة الحاجات الخاصة بالوالدين. كما يجب عدم الحكم على أن الوالدين مستعدون للمعلومات الجديدة أو غير مستعدين.
6. عرض معلومات محددة وهادفة. فيجب تقديم معلومات تساعد في إدارة وضبط الموقف والأنشطة اليومية.
7. مساعدة الوالدين على فهم قدرات الأطفال. فماذا يستطيع الأطفال عمله وهذا يكون مهماً أكثر من الذي لا يستطيع الطفل عمله. لذلك يجب مساعدة الوالدين على التفكير بشكل أكثر إيجابية، وبناء علاقات تفاعلية مع طفلهم.
8. استعمال اللغة اليومية وبشكل منظم، وتزويد الوالدين بالمفاهيم والمصطلحات التربوية والطبية التي تساعدهم على تفسير لغة الاختصاصيين.
9. إجابة جميع أسئلة الوالدين وبصراحة، وتقبل فكرة أنه لا توجد أجوبة على كافة الأسئلة.
10. التخطيط لأهداف مستقبلية وتحقيقها وبآلية تعاونية.
11. توضيح وتلخيص النتائج المترتبة على اللقاء وبشكل مكتوب.
12. إعطاء الوالدين نسخاً عن التقارير، وهذا مهم لأن الوالدين يجب إبلاغهم حتى نضمن استمرار مشاركتهم.

13. توفير فرص للوالدين حتى يتحدثوا مع والديّ آخرين. فواحدة من الطرق التي تخرج بها الوالدين من عزلتهم هي اشتراكهم في لقاءات مع والديّ آخرين أو رفاق آخرين.
14. تحذير الأسرة من أي خلل قد يلحق بالخدمات في المجتمع (الزريقات، 2006).

تشجيع مشاركة الوالدين Encouraging Parent participation

تعتبر مشاركة الوالدين من العناصر الفعالة في نجاح برامج الطفولة المبكرة، لذلك على المعلمين والقائمين على تنفيذ هذه البرامج تشجيع الوالدين على المشاركة بها وتوضيح دورهم في اتخاذ القرارات المناسبة. وإخضاعهم للأنشطة الممارسة في البرامج وحتى نحصل على مشاركة من الوالدين فإن علينا أن نعمل ونكثف جهودنا لإشراك الوالدين. وعلى نحو عام فإن المعلمين يستطيعون تشجيع مشاركة الوالدين من خلال استخدام الاستراتيجيات الآتية:

1. مقابلة الوالدين في أوضاع مريحة، وهذا يمكن أن يحقق من خلال زيارات ميدانية لمنازل الأسر وبناء جسور من الثقة المتبادلة معهم.
2. الحديث بلغة يفهمها الوالدين، فاللغة السهلة والمتفق عليها تسهل آلية التواصل وتبادل المعلومات بشكل واضح بعيداً عن الغموض، لذلك يجب تجنب استخدام مصطلحات مهنية خاصة، لأنها تثير القلق والإرباك للأسر. وتشعرهم بالعزلة أو صعوبة المشاركة.
3. إشراك الوالدين في عملية اتخاذ القرار وإعطاؤهم الفرصة بتقديم التغذية الراجعة وتقديم الإرشادات والاقتراحات ومن خلال مشاركة الوالدين في اتخاذ القرارات فإنهم يشعرون بأنهم جزء من المدرسة ويلتزمون بواجباتهم نحوها.
4. جعل المدرسة مكانا مريحا يمكن أن يلتقي به الوالدين، وتسهيل عملية لقاء الأسر والاجتماع بهم في غرف خاصة بالأسر للقاء بها ومناقشتها بأوضاع طفلها (Brewer, 2004).

الفصل السابع

خدمات التدخل المبكر مع الأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة

الفصل السابع

خدمات التدخل المبكر مع الأطفال الصغار ذوي الاحتياجات الخاصة

Early Intervention Services with Young Children with Special Needs.

Introduction المقدمة

يعرض هذا الفصل خدمات التدخل المبكر مع الأطفال الصغار من ذوي الحاجات الخاصة. وتشتمل المعلومات المعروضة على التعريف بنوع الفئة والخصائص السلوكية والنفسية وبرامج التدخل المبكر المتوفرة.

الأطفال الصغار ذوو الإعاقة العقلية

Young Children With Mental Retardation

تُعرف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية American Association of Mantel Retardation (AAMR, 2002) الإعاقة العقلية بأنها تمتاز بمحددات ملحوظة في كل من القدرات الوظيفية الذكائية والسلوك التكيفي، كما هو معبر عنه في المهارات الذكائية، والاجتماعية والمهارات التكيفية الممارسة، وتنشأ هذه الإعاقة قبل سن 18 سنة، ويشتمل هذا التعريف الافتراضات الآتية:

1. محددات في قدرات الطفل الوظيفية الحاضرة كما هي لدى أقرانه من نفس العمر والثقافة.
2. الأخذ بعين الاعتبار التنوع الثقافي واللغوي عند التقييم وكذلك الفروق في العوامل التواصلية والحسية والحركية والسلوكية.
3. القدرات المحدودة للفرد المعاق عقلياً.
4. وصف المحددات بهدف اشباع احتياجات الفرد الخاصة.

5. تتحسن القدرات الوظيفية للمعاق عقلياً في الحياة مع وجود الدعم الخاص.

ويشتمل تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAMR, 2002) على ثلاثة عناصر أساسية هي كالآتي:

1. القدرات الوظيفية الذكائية Intellectual Functioning

ويمتاز الأطفال المعاقون عقلياً بأن لديهم قدرات وظيفية ذكائية أدنى من المتوسط وقد حددت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية عام (2002) علامة الفصل 70 على اختبار الذكاء. وتصنف الإعاقة العقلية إلى:

أ. الإعاقة العقلية البسيطة Mild Mental Retardation: ويقع معامل الذكاء لهذه الفئة ما بين 50 – 69 ويتصف الطفل بصعوبات تعلم وقدرة على العمل والمحافظة على العلاقات الاجتماعية.

ب. الإعاقة العقلية المتوسطة Moderate Mental Retardation: تقع معاملات الذكاء لهذه الفئة ما بين 35 – 49 على اختبار الذكاء ويمتاز الطفل المصاب هنا بأن لديه تأخرا نمائيا ملحوظاً خلال الطفولة وبعض درجات الاستقلالية في الرعاية الذاتية ومهارات أكاديمية وتواصلية كافية ويحتاج الطفل ذو التخلف العقلي المتوسط إلى درجات متنوعة من الدعم للعيش والعمل في المجتمع.

ج. الإعاقة العقلية الشديدة Severe Mental Retardation: ويتراوح معامل ذكاء الأطفال ما بين 20 – 34 على اختبار الذكاء ويتطلب الطفل المعاق عقلياً هنا الدعم المستمر.

د. الإعاقة العقلية الشديدة جداً Profound Mental Retardation: ويمتاز الأطفال المعاقون عقلياً هنا بمعاملات ذكاء أدنى من 20 على اختبار الذكاء ويعانون من محددات شديدة في الرعاية الذاتية والتواصل والحركة ويحتاجون إلى دعم خاص مستمر.

2. السلوك التكيفي Adaptive Behavior

يعرف السلوك التكيفي بأنه مجموعة من المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية والتي يتعلمها الأفراد ليتمكنوا من العيش في الحياة، ويواجه الأطفال المعاقون

عقلياً صعوبات في هذه المجالات بسبب عدم امتلاكهم المهارات اللازمة في المواقف المحددة أو لعدم معرفتهم المهارات المطلوبة في مواقف محددة.

3. أنظمة الدعم Systems of Support

يحتاج كل طفل إلى أنظمة الدعم الخاصة في الحياة، وقد حدد تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية الصادر عام (2002) هذه الأنظمة من الدعم كعنصر من عناصر الإعاقة العقلية، ويحدد الدعم وفقاً لدرجة الشدة. وتشتمل أنظمة الدعم على أربعة مستويات هي: المتقطع Intermittent والمحدد limited والمكثف Extensive أو الدائم Pervasive (Smith, 2007؛ الزريقات، 2005).

الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال المعاقين عقلياً

Psychological and Behavioral Characteristics

تؤثر الإعاقة العقلية على المجالات الرئيسية في نمو الأطفال الصغار، ومن هذه التأثيرات السلبية المتوقعة عيوب في الانتباه، وعجز في الذاكرة وتطور اللغة، وتنظيم الذات، والتطور الاجتماعي، والدافعية، ومن المهم الإشارة هنا وخلال حديثنا عن الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال ذوي الإعاقات العقلية أن هذه الخصائص تظهر وبشكل متباين بين أطفال هذه الفئة.

فالانتباه يعتبر شرطاً رئيسياً للتعلم، فالطفل قبل التعلم عليه إعطاء الانتباه اللازم، وبسبب مشكلات الانتباه، وتشتت لدى أطفال الإعاقة العقلية فإن هذه الفئة من الأطفال تظهر أيضاً مشكلات في استرجاع المعلومات، وكذلك يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبات في تنظيم سلوكياتهم الشخصية. وتؤثر الإعاقة العقلية على إقامة العلاقات الاجتماعية والبحث عن الأصدقاء، والمحافظة على العلاقات الاجتماعية المشكلة، وإقامة التفاعلات الاجتماعية. وبسبب هذه التحديات فإن الأطفال المعاقين عقلياً يواجهون مشكلات أيضاً بالدافعية، والتي قد تتقوى بسبب الخبرات الفاشلة الطويلة، وهذا ما يؤدي بهم إلى تطوير العجز المتعلم .(Dunlap, 1997 Hallahan, Kanffman, and Pullen, 2012)

التدخل المبكر مع الأطفال المعاقين عقلياً

Early Intervention with Mentally Handicapped children

يمكن أن تصنف البرامج الخاصة بمرحلة ما قبل المدرسة مع الأطفال المعاقين عقلياً إلى نوعين هما:

1. برامج الطفولة المبكرة المصممة بهدف الوقاية.
2. برامج الطفولة المبكرة المصممة لأعراض النمو اللاحق.

وعلى نحو عام، فإن النوع الأول يستهدف الأطفال الذين يعتبرون عرضة لخطر الإعاقة العقلية البسيطة، أما النوع الآخر فهو مصمم للأطفال الذين يعانون من إعاقات عقلية شديدة. ويهدف النوع الأول من البرامج والموجهة لأعراض الوقاية، إلى خفض معدلات الإصابة بالإعاقات العقلية، وتحقيق آثار إيجابية طويلة المدى. وعلى العكس من هذه الأهداف فإن النوع الثاني الموجه إلى تحقيق أهداف نمائية خاصة بالأطفال المعاقين عقلياً، فبعد أن يتم التشخيص وتحديد الإعاقة، نضع البرامج الخاصة بالأطفال بهدف مساعدتهم على تحقيق أفضل مستوى معرفي عال ما أمكن، وتركز هذه البرامج بدرجة عالية على النمو اللغوي والنمو العقلي الذكائي. ولأن هؤلاء الأطفال أحياناً يواجهون إعاقات متعددة، فإن أخصائيي الكلام واللغة والمعالجين الطبيعيين وغيرهم يشاركون في البرامج التعليمية الموجهة للطفل.

كما أن العديد من البرامج تشرك الآباء، وتوفر لهم الفرص في تعليم أطفالهم، فمن خلال الممارسة مع الطفل فإن الآباء يستطيعون تعزيز بعض المهارات التي يعمل المعلمون على إكسابها للطفل، فعلى سبيل المثال يستطيع الآباء أن يساعدوا في إكساب مهارات العناية بالذات، وتعلم الكلام، وبعض أنواع الأنشطة الحياتية اليومية (Hallahan, Kauffman, and Pullen, 2012).

ومع ذلك فليس جميع برامج التدخل المبكر مع أطفال ما دون سن المدرسة تحقق بشكل متساو، إلا أن هناك خصائص للبرامج الفعالة في هذه المرحلة وهي على النحو الآتي:

1. برامج اليوم الكامل.

2. المعلمون المعدون جيداً.
3. التفاعل الإيجابي مع الطفل.
4. مشاركة الأسرة.
5. مشاركة الفريق متعدد التخصصات (Smith, 2007).

الأطفال الصغار ذوو الإعاقة السمعية

Young Children with Hearing Impairment

تتراوح الإصابة بالإعاقة السمعية من البسيطة إلى الشديدة جداً. وتصنف معظم التعريفات الأطفال المصابين بالفقدان السمعي إلى صم deaf وضعيفي سمع hard of hearing. فالإعاقة السمعية hearing impairment تعرف بأنها مفهوم عام تصنف الفقدان السمعي من البسيط إلى الشديد جداً، ليشتمل بذلك على الصم وضعيفي السمع (Kuder, 2003). وبسبب الربط بين الفقدان السمعي والتأخر في تطور اللغة، فإن التربويين يركزون بشكل رئيسي على القدرات الكلامية المنطوقة، أو المحكية. ويعرف التربويون الأطفال الصم وضعيفي السمع على النحو التالي:

الطفل الأصم deaf هو الطفل الذي يعاني من فقدان سمعي يمنعه من المعالجة الناجحة للمعلومات اللغوية من خلال السمع باستعمال السماعة الطبية أو بدون استعمالها. أما الطفل ضعيف السمع Hard of hearing فهو الطفل الذي توجد لديه بقايا سمعية، ويستطيع من خلال استعمال السماعة الطبية من معالجة المعلومات اللغوية بنجاح من خلال السمع.

واعتماداً على اكتساب اللغة، فإن الإعاقة السمعية تصنف إلى صمم قبل لغوي Prelingual deafness وهذا يعود إلى ظهور الصمم في الميلاد أو في عمر قبل تطور اللغة والكلام، والصمم بعد اللغوي Postlingual deafness الذي يظهر بعد تطور اللغة والكلام. وقد اختلف الخبراء حول العمر الذي يفصل بين الصمم قبل اللغوي والصمم بعد اللغوي، فبعضهم يرى انه 18 شهراً، بينما يرى آخرون انه يجب أن يكون أقل من ذلك أي حوالي 12 شهراً أو حتى 6 أشهر.

ويشتمل الفقدان السمعي على الفقدان السمعي التوصيلي Conductive Hearing Loss، الذي يتج عن الانسداد أو الإعاقات التي تمنع الأصوات من المرور طبيعيا عبر الأذن الخارجية والوسطى. أما الفقدان السمعي الحس عصبي Sensor neural Hearing Loss فيتج عن تلف في الأذن الداخلية أو العصب السمعي. ويظهر الطفل المصاب بالفقدان السمعي المختلط Mixed Hearing Loss أعراضاً لكل من الفقدان السمعي التوصيلي والفقدان السمعي الحس عصبي.

(Plante and Beeson, 2008: Martin and Noble, 2002؛ الزريقات، 2007)

ويعاني الأطفال المصابون بالفقدان السمعي المركزي Central Hearing Loss من صعوبة في فهم الكلام في البيئات المزعجة والصف، كما أن لديهم مشكلات في الذاكرة السمعية قصيرة وطويلة المدى، والذاكرة التسلسلية السمعية وصعوبات في الفهم. (Salvia and Ysseldyke, 2004: Bellis, 2002;. Owens, Metz, and Haas, 2000 ، الزريقات، 2007).

الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال المعاقين سمعياً

ترتبط القدرة على السماع بالقدرة على الكلام بوضوح، وترتبط درجة وضوح الكلام بعدد من العوامل هي على النحو التالي:

1. درجة الفقدان السمعي.
2. عمر الفرد.
3. نموذج التواصل المستخدم من قبل الأسرة.
4. وجود إعاقات أخرى.

إضافة إلى ذلك فإن القدرة على فهم كلام الشخص المتكلم تعتمد على خبرة المستمع، وكذلك على قدرة الكلام لدى الشخص، وعلى الطريقة التي يدرك بها الشخص من قبل الآخرين. ويعتبر تعليم الكلام للصم مهمة صعبة، وتتطلب جهودا عالية لفترات زمنية طويلة بالإضافة إلى التعليم المنظم. وهذا يعكس بحد ذاته أهمية مضاعفة الجهود مع زيادة درجة شدة الإعاقة السمعية (Smith, 2007).

أما فيما يخص تأثير الإعاقة السمعية على التكيف الاجتماعي فإن الطفل الأصم يواجه العديد من المشكلات في إيجاد أفراد يتواصل معهم، ويشعر الطفل الأصم بالأمان والاطمئنان إذا توفرت له فرص التفاعل مع أطفال صم آخرين. وتهدف برامج تعليم المهارات الاجتماعية والسلوكية للأطفال الصم إلى مساعدتهم على إقامة علاقات مع أقرانهم السامعين (English, 2002; Hallahan and Kauffman and Pullen, 2012; Scheets, 2004 ؛ الزريقات، 2007).

التدخل المبكر مع الأطفال المعاقين سمعيا

Early Intervention with hearing impaired children

تؤثر خدمات التدخل المبكر ايجابياً على حياة الأطفال الصم وضعيفي السمع. ويصف التدخل المبكر الحاجة إلى بدء الخدمات التأهيلية عند اكتشاف الإعاقة. وفي حالة الطفل المعاق سمعياً، فإن التدخل المبكر يعني تزويده وتجهيزه بالسماعات الطبية، هذا بالإضافة إلى تزويد أسرته ومن يقدم الرعاية له بالإرشاد والخدمات المساندة، بهدف مساعدتهم على تقبل وفهم التشخيص (Northern and Downs, 2002). ويعتبر التعرف المبكر على الإعاقة السمعية شرطاً ضروريا لخدمات التدخل المبكر المقدمة لكل من الأطفال المعاقين سمعياً وأسرهم. وتعود أهمية التدخل المبكر إلى ما يلي:

1. يسمح التدخل المبكر بتزويد الأطفال المعاقين سمعياً بالسماعات الطبية في أقرب وقت ممكن، إذ تقدم هذه الخدمات مع بلوغ الطفل أربعة أسابيع من العمر.
2. تؤثر خدمات التدخل المبكر إيجابياً قبل عمر ستة شهور على التحصيل القرائي والقدرات الكلامية في السنوات اللاحقة.
3. تساعد برامج ما قبل المدرسة الأطفال الصم وضعيفي السمع على تطوير اللغة في الوقت المناسب.
4. تساعد خدمات التدخل المبكر الأسر في تحقيق فهم أفضل وإشباع حاجات أطفالهم وحاجاتهم الخاصة.

5. إن تعلم لغة الإشارة من قبل الأطفال الصم خلال الطفولة المبكرة، يساعدهم على تطوير مهارات التواصل في الوقت المناسب مما يساعد في تعليم القراءة والكتابة وتحقيق مستويات أخرى قريبة من أقرانهم السامعين في الصف (Smith, 2007؛ الزريقات، 2007).

يعتبر الأخصائي السمعي هو المسؤول عن إبلاغ الآباء أن طفلهم معاق سمعياً، وهو الشخص المفضل مهنيا لمناقشة الآباء بخطوات التدخل المبكر الخاصة بطفلهم المعاق سمعياً. وقد يمثل هذا تحدياً لأسباب تتعلق بالقدرة على نقل المعرفة والمعلومات والخبرات إلى الآباء دون إعطاء الرأي الشخصي. وهذا بحد ذاته يأخذ وقتاً، ويتطلب ثقة، حتى يتمكن من بناء علاقة واثقة مع الآباء، وبالتالي تكون كافة الأطراف المتعلقة بتقديم خدمات التدخل المبكر مشاركة بشكل يتناسب مع أهدافها وحاجاتها. والتخطيط لخدمات التدخل المبكر يتطلب مشاركة فاعلة للمعلومات في جلسات تفاعلية تسمح للأخصائي السمعي والآباء باحترام القيام بردود فعل واستجابة لبعضهم البعض.

وللسنوات الأولى من عمر الطفل أهمية خاصة في النمو، ويتمثل الهدف الرئيسي للأطفال الصم والمعاقين سمعياً بتطوير المهارات اللغوية مقارنة بأقرانهم السامعين العاديين، بغض النظر عن درجة الفقدان السمعي، ونموذج التواصل والحالة الاقتصادية الاجتماعية، والخلفية الثقافية أو الجنس، وغالباً ما يتم التركيز على الوصول أو تحقيق نمو لغوي للطفل يوازي قدراته المعرفية.

لقد توجهت الجهود في السنوات الأخيرة إلى العمل على الوقاية من التأخر النمائي من خلال التشخيص والكشف المبكر. وتقديم خدمات التدخل المبكر. إذ الطريقة والأسلوب الذي يكون فيه الأفراد فاعلين في مرحلة ما قبل المدرسة والمراهقة وحتى الرشد، يعتمد على خبراتهم قبل عمر 30 شهراً. وتتمثل العناصر الأساسية للتدخل السمعي بـ:

1. إرشاد فوري ومباشر لدعم موقف الآباء للتكيف مع التشخيص والتعبير عن مشاعرهم ومساعدتهم في العمل في ظل هذه المشاعر.

2. تزويد الطفل المعاق سمعياً بالسرعة الممكنة بما يحتاج إليه من سماعات طبية.
3. تشجيع النمو المبكر لنظام التواصل الرمزي بين أعضاء العائلة والطفل المعاق سمعياً.

إن خدمات التدخل والتشخيص المبكر، تفتح المجال أمام أعضاء العائلة ليشعروا أنهم عملوا ما باستطاعتهم لمساعدة طفلهم المعاق سمعياً ودعمه. وهكذا، فإن تقديم خدمات التدخل المبكر وخبرة الإرشاد العلاجي النفسي للآباء، تساعدهم في تحقيق مستوى جيد من الرضا والتكيف الانفعالي لميلاد طفل معاق سمعياً.

ويبدأ تقديم التدخل المبكر عندما يؤكد أن الطفل أو الرضيع معاق سمعياً. وهؤلاء الرضع أو الأطفال يجب أن يتلقوا خدمات تدخل مبكر والتي تفتح المجال لديهم للتعرض لبيئة لغوية غنية تساعدهم على تحقيق أقصى حد ممكن من مهاراتهم اللغوية. وتساعد البرامج الحديثة في فحص السمع لدى الرضع في الكشف عن الإعاقة السمعية مع عمر شهرين، ويبدأ عندها تقديم خدمات التدخل المبكر. وتكون خدمات التدخل المبكر فاعلة وذات جدوى فقط إذا قدمت نوعية الخدمات المبكرة في ابكر وقت ممكن، وعلى نحو التأكيد في السنة الأولى من الحياة.

ولقد أكد القانون الأمريكي لتربية وتعليم الأفراد المعاقين Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) على ضرورة تقديم خدمات التدخل المبكر عند اكتشاف الإعاقة السمعية وتشخيصها. وتشمل عناصر برنامج التدخل المبكر للأطفال المعاقين سمعيا وأسرهم على:

1. دعم العائلة ومعلومات عن الإعاقة السمعية وحول المدى المتوفر من الخيارات التربوية وطرق التواصل. وتقدم هذه المعلومات من الجهة المهتمة
2. توفير البيئات التعليمية والخدمات المناسبة مع الأخذ بعين الاعتبار ما تفضله العائلة، وهذه الخدمات يجب أن تكون متمركزة حول الأسرة ومشتملة على حاجات الطفل والأسرة وثقافته.
3. نشاطات التدخل المبكر يجب أن تعزز تطور الطفل في مختلف الجوانب مع التركيز على اكتساب اللغة ومهارات التواصل.

4. خدمات التدخل المبكر يجب أن تشتمل على مراقبة مستمرة لحالة الطفل الطبية والسمعية، وحاجات المضخمات الصوتية وتطور مهارات التواصل.

استراتيجيات التدخل المبكر تزود بخدمات مناسبة للطفل المعاق سمعياً وتضمن حق العائلة بمعلومات كافية. ولقد حددت اللجنة الائتلافية الأمريكية لسمع الأطفال الرضع Joint committee on Infant Hearing Position Statement, 2000 ستة مبادئ للتدخل المبكر الفعال:

1. **التوقيت التطوري**: ويعود إلى العمر الذي تقدم فيه خدمات التدخل المبكر. فالرضع الذين يسجلون في عمر أبكر يستفيدون بشكل أفضل من خدمات التدخل المبكر.
2. **كثافة البرنامج**: ويعود إلى مقدار الخدمات المقدمة، وهذا يقاس بعوامل متعددة مثل عدد الزيارات البيئية والتواصل الفردي لكل أسبوع.
3. **التعلم المباشر**: ويستند إلى أن خبرات التعلم التي تكون فعالة عندما تكون النشاطات التربوية الأساسية مقدمة من خلال مهنيين مدربين جيداً، هذا بالإضافة إلى تدريب بيتي غير مباشر.
4. **اتساع ومرونة البرنامج**: وهذا يعود إلى أن برامج التدخل الناجحة تقدم مدى واسعاً من الخدمات، ومرنة بحيث تناسب الحاجات الخاصة للطفل الرضيع وأسرته.
5. **التعرف على الفروقات الفردية**: وهذا يعود إلى المبدأ الرئيسي في التربية والتعليم، والذي يشير إلى تقدم الفرد والفوائد من البرنامج تكون وفقاً للفروقات الفردية للطفل الرضيع وأسرته.
6. **الدعم البيئي واستخدام الأسرة**: وهذا يعود إلى أن الفائدة من التدخل المبكر، تستمر ويعتمد هذا على فعالية الأسرة وغيرها من عناصر الدعم البيئي (Northern & Downs, 2002).

نماذج التدخل المبكر مع الأطفال المعاقين سمعياً

تؤكد معظم نماذج التدخل المبكر على أهمية تأسيس علاقة تفاعلية بين الأسرة والأخصائيين المهنيين. ويتمثل الهدف الرئيسي للطفل المعاق سمعياً بتأسيس التواصل

بما في ذلك تطور السمع والكلام واللغة. هذا بالإضافة إلى أن الخطة يجب أن تتعامل مع أي من المشكلات الثانوية التي يمكن أن يظهرها الطفل. وغالباً ما تبحث العائلات عن مساعدة مهنية من برامج التدخل المبكر في مجالات تطور الكلام الشفوي والتدريب السمعي.

إن تعليم العائلة والتعاون معها يعتبر حجر الأساس في برنامج التدخل المبكر. ويجب أن تحدد الخطة أو البرنامج دور العائلة ومجالات قوتها وحاجاتها؛ لذلك فإن برامج التدخل المبكر يمكن أن تأخذ أشكالاً عديدة مثل البرامج المستندة الى البيت والمجتمع وغيرها. وفي البرامج المستندة الى البيت يحضر الأخصائي إلى البيت بشكل منتظم ويلاحظ التفاعل مع الطفل والآباء. أما البرامج المجتمعية فهي تقدم تسهيلات رعاية يومية نهارية وتساعد الآباء بهدف تسهيل تعلم الطفل المعاق سمعياً، أيضاً فإن فريق العمل يعمل على التأكد من سلامة السماعة الطبية واستخدامها والمحافظة عليها (الزريقات، 2011).

الإرشاد المركز حول الأسرة Family – Centered Counseling

يعتبر الآباء المعلمين الأوائل لأبنائهم، وبالتالي فإن دور الأسرة والآباء مع أطفالهم المعاقين سمعياً يعتبر رئيسياً. ويلعب الآباء دوراً هاماً في تنمية النمو اللغوي لأطفالهم، فمن الضروري أن يشعر الأطفال بأن خزينتهم اللغوية غنية. والآباء أو من يقوم برعاية الأطفال تقع عليهم مسؤولية كبيرة في الوصول إلى هذا الهدف وتحقيقه. ويركز النموذج المتمركز حول الأسرة على دور الآباء أو الذين يقدمون الخدمات والقرارات المناسبة إذا توفرت المعلومات المناسبة، وإذا فهمت العوامل ذات الصلة بهذه القرارات. وغالباً ما يقوم الأخصائي السمعي بدور الموجه والمعلم والمسهل للمصادر المختلفة وإجابة الأسئلة.

وعندما يعرف الآباء أن طفلهم لديه إعاقة أو مرض مزمن، فإنهم غالباً ما يبدؤون برحلة مليئة بالانفعالات والخيارات الصعبة، والتفاعلات مع العديد من الأشخاص المهنيين بدافع الحاجة الملحة للمعلومات والخدمات. وردود فعل الآباء غالباً ما تكون قابلة للتنبؤ، فهم يمرون بتغيرات من الأفكار والأسى والخوف والإثم مصاحبة لارتباك وخيبة أمل وعجز وربما رفض، وليس بالضرورة أن كل الآباء يمرون

بكل هذه الانفعالات، ولكن المهم للآباء أنهم ليسوا وحيدين وليسوا متميزين في هذه المصاعب والمشاعر.

ويصبح الآباء مجهدين من تشخيص الطفل على أنه معاق، وهذا بحد ذاته يعتبر جزءاً من عملية خدمات التدخل المبكر التي يجب أن تقدم بكل ثقة ومهارة، وغالباً الآباء أو الذين يقومون برعاية الطفل المعاق سمعياً ما يشعرون بالراحة والطمأنينة للخدمات التي قد تشتمل على مضخمات صوتية، وتغييرات في الحياة اليومية ذات الصلة، خصوصاً بالتفاعلات الاجتماعية والتواصل مع أعضاء العائلة، وهذا بالإضافة إلى أنه يجب أن تتخذ قرارات خاصة بالخيارات التربوية والوضع في المكان المناسب. والأخصائي السمعي يلعب دوراً هاماً في هذا السياق من خلال فهمه للعديد من الصعوبات والإمكانات والصراعات الشخصية التي يمكن أن تنشأ بين أعضاء العائلة، وهذه كلها يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في الجلسات الإرشادية.

لقد وصف لوكر (Lucker, 2000) نموذجين معرفيين يستعملهما الأفراد في اتخاذ القرارات. الأول الأسلوب الكلي Holistic Approach والذي تفهم من خلاله المعلومات عندما تعرف بصورة كلية. والمؤيدون لهذا الاتجاه يجمعون معلومات من الموقف الكلي ومن ثم تجزئتها إلى أجزاء. والطريقة الثانية هي الطريقة التحليلية Analytic Approach وأصحاب هذا الاتجاه يلجؤون إلى تجزئة الموقف، وبعد ذلك يضعون الأجزاء مع بعضها من جديد لفهم المعلومات. والأخصائي السمعي بداية يعمل كمعلم ومسهل إذا حددوا الأسلوب الأفضل في إيصال المعلومات إلى الآباء والأسر والقائمين على رعاية الأطفال المعاقين سمعياً. وتعتمد فاعلية الخدمات السمعية بشكل كبير على فيما إذا كان المرضى يدركون أهمية الخدمات المقدمة لهم. كما وتعتمد فاعلية الخدمات المقدمة من قبل الأخصائي السمعي على الطريقة التي يتم التواصل بها.

يجب أن يطور الأخصائي السمعي فهمه للوقت المناسب واحترام دور العائلة في تحديد التوجهات المستقبلية لطفلهم المشخص حديثاً على أنه معاق سمعياً. والعائلات هم مجموعة من الأفراد المتواصلين، وللعائلات تواريخ اجتماعية وخلفيات ثقافية. والعائلات الوظيفية تعدل من أسلوب حياتها ليتناسب مع الطفل ذي الحاجة الخاصة.

وليست كل العائلات في الحقيقة ناجحة في هذا التكيف. ويحتاج الأخصائي السمعي لفهم الصعوبات التي تتعلق بكل عائلة من حيث حجمها، والحالة الصحية. وأنماط التفاعل، والعوامل الاقتصادية الاجتماعية من أجل المساعدة في تطوير برنامج تأهيلي مناسب للعائلة وأعضائها. وعادة ما تواجه العائلات التقليدية مشكلات وصعوبات مختلفة. وعادة ما يولد الأطفال المعاقون سمعياً لآباء يعرفون معلومات قليلة عن الطفل المعاق. في العهد الماضي كان الأخصائي المهني يعمل كخبير خارجي ويزود العائلة بمعلومات ثم يتخذ قرارات هامة بالنيابة عن الطفل. ولكن العائلة حديثا تلعب دوراً هاماً في نجاح التأهيل الخاص بالطفل ذي الحاجة الخاصة، وقد تغير دور الأخصائي المهني ليعمل بالتعاون مع العائلة لتحديد ما هو الأفضل لكليهما (العائلة والطفل).

وعلى الأخصائي أن يفهم جيداً النموذج المتمركز حول الأسرة لإجراء التدخلات والتأهيل المناسب، وهذا خاص بمصادر الأسرة، وخصائصها واهتماماتها. والنموذج المتمركز حول الأسرة يفترض ما يلي:

1. يؤثر الدعم الاجتماعي الخارجي على وظيفة العائلة.
2. تشبع حاجات الطفل بدرجة أفضل من خلال إشباع حاجات الأسرة.
3. للعائلات الحق في العودة إلى برامج التدخل والحصول على الدعم الذي يحتاجونه.

والمعتقد الرئيسي للإرشاد المتمركز حول الأسرة هو فهم أن ما يؤثر على عضو في الأسرة يؤثر على بقية الأعضاء وأن حاجات الطفل تشبع من خلال إشباع حاجات الأسرة. وتعد المبادئ الرئيسية التالية بمثابة خلاصة مفيدة لمنهج الإرشاد المتمركز حول الأسرة في عمل التدخل المبكر:

1. التأكيد على أن الأسرة وليس الفرد هي وحدة التدخل الرئيسي.
2. تشجع الكفاءة والإستقلالية لدى الأسرة.
3. احترام حق الآباء والمسؤولين لتقرير ما هو الأفضل بالنسبة للطفل.
4. تنسيق وتقديم خدمات طبيعية.
5. تطوير علاقة تعاونية مع العائلة (الزريقات، 2011).

وقد أشار كارجن (Kargin, 2004) إلى فاعلية برنامجه المستند إلى الأسر في تطوير مهارات التواصل اللفظي لدى الأطفال ضعاف السمع وكذلك تزويد أسرهم بالمعلومات التي يحتاجون إليها (الزريقات، 2007).

الأطفال الصغار ذوو الإعاقة البصرية

Young Children with Visual Impartment

حتى تقول أن الإبصار طبيعي لدى الشخص فإنه يجب أن تتوفر أربعة عناصر هي:

1. الضوء.
2. شيء ما يعكس الضوء.
3. معالجة العين للخيال المعكوس وتحويله إلى نبضات كهربائية.
4. استقبال الدماغ للنبضات وإعطائه معنى لها.

وقد صنف الاختصاصيون الإعاقات البصرية إلى قسمين رئيسين هما: ضعاف البصر: Low Vision وهم الأشخاص الذين يستعملون البصر في التعلم إلا أن قدراتهم البصرية أو ضعف البصر لديهم يؤثر على القدرات الوظيفية اليومية. أما الأشخاص المكفوفون Blind فهم الأفراد الذين يستعملون اللمس والسمع للتعلم وليس لديهم استعمال وظيفي للإبصار.

كما يمكن أن يصنف الأفراد المعاقون بصرياً اعتماداً على العمر عند الإصابة بالإعاقة البصرية Age of onest إلى الكفيف خلقياً Congenitally blind وهو الذي يصاب بالإعاقة منذ الولادة أو قبل بلوغ سن الثانية من العمر، أما الكفيف الذي وصف بأنه اكتسب الإعاقة البصرية Advertitionlsy blind فيكون قد أصيب بالإعاقة البصرية بعد بلوغ سن الثانية من العمر. فمع بلوغ سن الثانية من العمر فإن الطفل يكون قد تذكر كيف تبدو بعض الأشياء. وتؤثر الإعاقة البصرية على التعلم وعلى تطور المفاهيم (Smith, 2007؛ الزريقات، 2005).

الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال المعاقين بصرياً

تؤثر الإعاقة البصرية على النمو وبدرجات متفاوتة، وذلك استناداً إلى العمر الذي حدثت فيه الإعاقة، وشدة الإعاقة والخبرات البيئة. ويتأثر النمو المعرفي

والمفاهيمي بمقدار المدخلات البصرية، فالمدخلات المحدودة تحدد القدرات المفاهيمية، وتحدد الإعاقة البصرية النمو المعرفي في الاتجاهات الآتية:

1. تحدد نوعية الخبرات المكتسبة.
2. تحدد القدرة على التحرك.
3. تحدد القدرة على التعامل مع البيئة المحيطة.

وكذلك فإن الإعاقة البصرية تؤثر على تواصل الأطفال المصابين بها، فالأطفال المعاقين بصرياً يحتاجون إلى وقت أطول في ربط الكلمة بالمعنى، ونظراً لوجود القدرة السمعية لدى هذه الفئة من الأطفال، فإن القدرات اللغوية غير متأثرة بشكل رئيسي، وللذلك فإن الطفل الكفيف يعتمد على حاسة سمعة أكثر في التواصل.

وتؤدي عدم القدرة على الإبصار إلى صعوبات في التنقل من مكان إلى آخر، ومحدودية الأنشطة والاختلاطات والتفاعلات الاجتماعية ويرتبط كل ما سبق بالنمو الاجتماعي للطفل المعاق بصرياً. وبسبب هذه المشكلات فإن النمو الاجتماعي الانفعالي يواجه صعوبات من أبرزها محدودية وقلة الخبرات، فالأطفال الصغار المعاقون بصرياً لديهم مشكلات التواصل الجسمي مع من يحيط بهم مثل الأم وأعضاء الأسرة. ولاحقاً فإن هذا يؤثر على انتماء الطفل الكفيف إلى أقرانه من المبصرين كله من شانه أن ينعكس سلباً على مفهوم الذات والنظرة إلى الآخرين (Scholl, 1986).

ويذكر الزريقات (2006) بعض الاستراتيجيات المساعدة في التغلب على هذه الصعوبات:

1. التركيز على قدرات الطفل الحاضرة.
2. المشاركة في المجالات الحياتية.
3. توفير فرص للطفل المعاق بصرياً في اختيار حياة بناءة.
4. الإهتمام بالفوائد والنتائج التي يحققها الطفل المعاق بصرياً.
5. استخدام التكنولوجيا المساندة في استغلال قدرات الطفل وإمكانياته.

التدخل المبكر مع الأطفال المعاقين بصرياً

تقدم خدمات التدخل المبكر من خلال خدمات التربية الخاصة وتتألف من تعليم خاص، أو علاج خاص، يصمم لمساعدة الطفل المعاق بصرياً دون مرحلة ما قبل المدرسة على تحقيق أفضل مستوى ممكن من النمو، وتهدف هذه التدخلات على تنمية قدرات الطفل المعاق بصرياً، وبناء أساس قوي للتعلم يأتي لاحقاً. فالخدمات التربوية الخاصة والخدمات العلاجية الخاصة، تصمم لتحقيق الحاجات الخاصة. وتشتمل هذه الخدمات على خدمات مقدمة من قبل أخصائي البصريات، واخصائي العلاج الكلامي واللغوي، أو أخصائي العلاج الطبيعي والوظيفي.

والخدمات الإرشادية للأسرة. فيقدر أن ما نسبة 80٪ من التعلم يأتي من خلال الإبصار، فالأطفال المبصرون يتعلمون عن العالم المحيط بهم من خلال الإبصار، وبملاحظة ما يقوم به الأفراد وما يحدث في الأماكن من حولهم. فالأطفال المبصرون يشاهدون أمهاتهم أثناء إعداد الطعام، وغير ذلك من الأنشطة اليومية التي تحدث كل يوم في المنزل أو خارجه. وأيضاً فإن الأطفال المعاقين بصرياً يبدؤون بالتعلم عن عالمهم منذ الولادة. إلا أن الإعاقات البصرية تحدد وتقدر خبرات التعلم. فهي تحدد التعلم الذي توفره الفرص التي تتاح، وبالتالي تكون الفائدة من هذه الخبرات محدودة. ومع ذلك فإن اعتماد الأطفال ذوي الإعاقات البصرية على حواس السمع واللمس والشم والتذوق يساعدهم في التعلم، وتعويض ما خسروه بسبب فقدان البصر. لذلك فإن الأباء والمعلمين عليهم تشجيع استخدام حواسهم الأخرى لتحقيق أفضل درجة ممكنة من التعلم.

والتدخل المبكر مهم للأطفال المعاقين بصرياً، وانه من خلال التعليم والخدمة فإن الأطفال يتعلمون أفضل مستوى من التفاعل مع العالم، واستعمال أفضل للحواس، وبالتالي تقليل التأخر في التعلم. وخدمات التدخل المبكر ليست فقط مقدمة للطفل أو يستفيد منها فقط الطفل وإنما ايضاً الأسرة. فالآباء يتعلمون عن الحالات الصحية للعين الخاصة بطفلهم، وعن الخدمات المقدمة والمتوفرة في مجتمعهم، كما أن المعلمين يوضحون لهم كيفية تقديم الخدمات وكيفية مساعدتهم. كما أن الخدمات الإرشادية المقدمة للأسرة وأعضائها تساعدهم على مواجهة الصعوبات

التكيفية والمشكلات الانفعالية الناتجة بسبب وجود طفل معاق بصرياً فيما بينهم (Brasher and Halbrook, 1996).

وللسنوات الخمس الأولى من عمر الطفل أهمية خاصة في العملية النمائية للطفل، لذلك فإن الخدمات الخاصة المنظمة هامة للأطفال المعاقين بصرياً، وكلما كانت مبكرة كلما كانت أكثر فائدة بالنسبة للطفل المبصر، فإن العالم من حوله غني بالخبرات والمثيرات البصرية. فهي على سبيل المثال تزوده بخصائص ووظائف الألعاب والأفراد والألوان والأشكال، والأطفال المعاقون بصرياً لا تتوفر لديهم مثل هذه الخبرات باستخدام البصر.

الطفل المبصر لديه مفهوم دوام استمرارية الشيء Object Permanence. فالطفل من عمر 6 أو 7 شهور يدرك أنه رغم اختفاء الأشياء من عالمه البصري فإنها تبقى موجودة. وهذا المبدأ يؤدي أو يجعل العالم أكثر تنبؤاً وأكثر تنظيماً. كما أن استمرارية الأشياء هي من المفاهيم الصعبة بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات البصرية. فالطفل المبصر حتى يرى الشيء فإنه يستمر بالبحث عنه، أما المعاق بصرياً فإن هذه مهمة صعبة بالنسبة له. لذلك فالأطفال المعاقون بصرياً يحتاجون إلى تنظيم البيئة من حولهم. وهكذا يصمم التعليم الخاص لهم لمساعدتهم على فهم المفاهيم قبل أدائها. فأسلوب التلاشي Fading يقوم على أساس تدريب وتعليم تدريجي منظم، يساعد الطفل المعاق بصرياً على إنجاز المهمة. ففي حالة تناول الطعام فإن هذا الأسلوب يأخذ الخطوات التالية:

1. ضع يدك على يد الطفل الكفيف ليمسك الملعقة وحرك يد الطفل باتجاه الطعام.
2. عندما يقوم الطفل بالضبط والتحكم، استمر بحركة الطعام بوضع يدك على رسغ الطفل.
3. تدريجياً انقل يدك من الرسغ إلى الذراع ثم إلى الكوع.
4. في النهاية المس الذراع لتذكر الطفل ما هو متوقع منه ان يعمله.

إننا بإعطاء الأطفال المعاقين بصرياً فرصاً لممارسة الأشياء والأنشطة بأنفسهم، فإننا نمكنهم من اكتساب خبرات مهمة يكتسبها الأطفال المبصرون من خلال الإبصار.

ومن المهم أن نعلم الطفل، سواء أكنا آباء، أو معلمين، أن نعلمه أن يشير إلى حاجاته وما يحتاج إلى عمله، بدلاً من توقع ماذا يحتاج الطفل. كما أن تعميق مفهوم الاعتمادية لدى الطفل المعاق بصرياً، يؤدي إلى تحديد فرص الطفل وقدرته على ضبط البيئة من حوله. لذلك فإن التدريب على الاستقلالية يجب أن يبدأ في مرحلة الرضاعة وليس في عمر سنتين أو ستة سنوات. وفي دراسة قام بها هاجنز وزملاؤه (Hagnes et al) اشتملت على 13 طفلا معاقا بصرياً أعمارهم 40 شهراً. فقد أشارت النتائج إلى أن سلوك اللعب لديهم متأخر خصوصاً اللعب الرمزي، ولأن اللغة الاستقبالية لديهم متطورة لذلك فإنه من المهم أن ندربهم على ممارسة سلوك اللعب، خصوصاً في أوضاع ما قبل المدرسة الشاملة (Kirk, Gallagher, and Anastasiow, 2003).

وبالطبع فإن اللعب عنصر هام في حياة الطفل وضروري لتطوره ونموه. فمن خلال اللعب يستطيع الطفل التفاعل مع الآخرين، والتعاون معهم، واكتساب مهارات حركية ومهارات لغوية، والتعلم حول خصائص بيئتهم. وبسبب كف البصر أو الإعاقة البصرية، فإن الأطفال المكفوفين وضعاف البصر، يتعلمون بشكل مختلف ويلعبون أيضاً بشكل مختلف، وهم متأخرون بحوالي سنتين عن اقرانهم المبصرين (Smith, 2007).

وبعد تحديد أهلية الطفل إلى خدمات التدخل المبكر، فإن الخطوة اللاحقة هي تخطيط البرامج التربوية والوضع في المكان المناسب. وتسمى خدمات التدخل المبكر المقدمة في أول عامين من عمر الطفل بخطة خدمات الأسرة الفردية Individualized Family Service Plan (IFSP). وإذا وضع للطفل برنامج التربية الخاصة فإن هذا يسمى بالبرنامج التربوي الفردي (Individualized Education Program (IEP). وتشتمل خطة خدمات الأسرة الفردية على العناصر التالية:

1. مستوى القدرات الوظيفية للطفل في كافة المجالات النمائية الجسمية والمعرفية واللغة والكلام والنمو النفسي والاجتماعي ومهارات مساعدة الذات.
2. جوانب القوة لدى الأسرة وحاجاتها الخاصة لمساعدة طفلها على تقوية مظاهره النمائية.

3. النتائج الرئيسية المتوقعة بما في ذلك المعايير والإجراءات والزمن وذلك حتى نستطيع تقييم التقدم.
4. الخدمات الفردية ووقت تقيمها.
5. التواريخ المتوقعة لبدء تقديم الخدمات.
6. اسم منسق الخدمات.
7. مراجعة سنوية ثنائية لتقديم أسرة الطفل وحاجاتها، وإمكانية تعديل البرنامج الأسري.
8. الإشارة إلى طرق نقل الطفل إلى الخدمات المتوفرة من أعمار 3-5 سنوات.

(Smith, 2007؛ الزريقات، 2006).

الأطفال الصغار ذوو الإعاقات الجسمية

Young Children with physical Disabilities

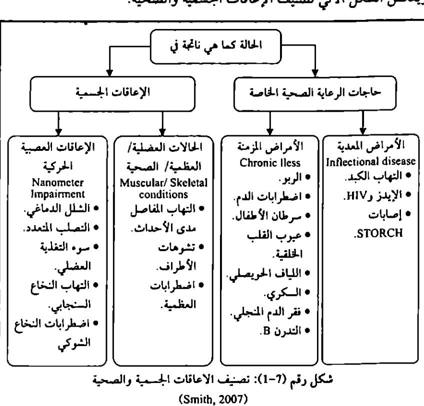
يشير كل من هلاهان وكوفمان (Hallalan, Kauffman, and Pullen, 2012 2006)، إلى أن الأطفال المعاقين جسمياً هم أولئك الأطفال الذين تتداخل تحدياتهم الجسمية أو مشكلاتهم الصحية مع الأداء المدرسي والحضور إليها، أو التعلم إلى المدى الذي يتطلب فيه تقديم خدمات وتدريباً، وأجهزة وأدوات خاصة لتسهل قيامهم بأنشطتهم وواجباتهم التعليمية. وتشتمل الإعاقات الجسمية على مدى واسع من الإعاقات والمشكلات الصحية التي تصنف على أنها إعاقات جسمية، وعلى الرغم من الأنواع غير المتجانسة من الإعاقات الجسمية، فإننا نجد أطفالا لديهم مواهب وقدرات خاصة، ولذلك فإن خصائص هذه الفئة من الأطفال متنوعة ومتباينة، ويتطلبون خدمات طبية في الدرجة الأولى، كما يحتاجون أيضاً إلى خدمات تربوية وتعليمية خاصة يقدمها معلمو التربية الخاصة (Hallahan, Kauffman, and Pullen 2012).

الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال المعاقين جسمياً

الأطفال الصغار ذوو الإعاقات الصحية هم أطفال يعانون من حالات صحية باعثة على القلق أو الخطر. فالأطفال ذوو الإعاقات الجسمية يواجهون تحديات جسمية بسبب أن أجسامهم تعاني من عجز في واحد أو أكثر من الأعضاء.

وتعتبر ردود فعل الآخرين من المشكلات الرئيسية التي تواجه الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية أو الصحية، وهذه المشكلات ناتجة بالدرجة الأولى عن اعاقاتهم التي تمنعهم من القيام ببعض الأنشطة الحياتية كما يقوم بها الأطفال الآخرون بدون الإعاقات، وبالتالي فإن التحديات التي تواجه هؤلاء الأطفال تتمثل في كيف يمكن أن يستجيبوا إلى ردود الفعل السلبية التي يظهرها الآخرون. ولذلك فإن الخبرات التعليمية تلعب دوراً هاماً في مساعدة الطلبة الذين لا يعانون من إعاقات في كيفية فهم الإعاقات، والإعداد لتغير المجتمع الذي يشتمل على فرص كثيرة للمشاركة بها.

ويعكس الشكل الآتي تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية:



شكل رقم (7-1): تصنيف الاعاقات الجسمية والصحية
(Smith, 2007)

التدخل المبكر مع الأطفال المعاقين جسمياً

يهتم الأخصائيون العاملون مع الأطفال الصغار ذوي الإعاقات الصحية والجسمية بعاملين أساسيين هما:

1. التشخيص والتدخل المبكر.
2. تطوير التواصل.

ويخدم تحديد والتعرف إلى الإشارات المبكرة للتأخر النمائي البدء بخدمات التدخل المبكر وبشكل مبكر ما أمكن، وهذا بحد ذاته يساعد على الوقاية من الإعاقات الأخرى التي قد تنتج عن تأخر في تقديم الخدمات الضرورية والرعاية المناسبة. كما أن التدخل المبكر مع الأطفال المعاقين صحياً وجسمياً هام لأنه يزيد من نتائج العلاج الإيجابي. وتعتبر مهارات التواصل من المهارات الرئيسية المتأثرة سلباً بالإعاقات الجسمية والصحية، والتي قد تؤدي إلى صعوبات في التعلم، ولذلك فإن تطوير مهارات التواصل يعتبر من أكثر المهارات أهمية وواحدا من أهم الأهداف التي علينا أن نسعى إلى تحقيقها.


شكل رقم (7-2): رعاية الطفل المعاق جسمياً

ومن الأهداف الرئيسية أيضاً بالنسبة لمعلم الأطفال المعاقين حركياً: هي أيضاً المسك Handling والوضعية Positioning، ويعود المسك إلى كيفية التقاط مواد اللعب بطرق محددة ومصممة خصيصاً لهذا الغرض. فقدرات المسك الجيدة تساعد الطفل على الشعور بالارتياح، وتشجعه على التعلم والتعليم. أما الوضعية الجيدة والمناسبة فهي تساعد الطفل على زيادة الكفاءة الجسمية، والقدرة على التعامل مع المواد، كما أنها تمنع الاستجابات الحركية غير المرغوبة خلال تطور النمو المرغوب والأنماط الحركية النمائية.

وما يساعد على تكوين وضعية جسمية مناسبة لطفل ما قد لا يكون هو نفسه الذي قد يساعد طفلا آخر على تحقيق الوضعية الجسمية المناسبة. ولذلك فإن على معلم الطلبة المعاقين صحياً أن يكون واعياً بالعوامل المؤثرة في قدرات المسك والقدرة الوضعية الجسمية لدى هذه الفئة من الأطفال. ولذلك فإن المعلم حتى يتمكن من تحقيق أهدافه، واستثمار طاقات وقدرات الطفل، فإنه يجب أن يعمل عن قرب مع أخصائي العلاج الطبيعي أو الطبيب؛ وبالتالي فإن الحاجات الخاصة لكل طفل تحقق وتشبع وفقاً لتخطيط مناسب.


شكل رقم (7-3): التفاعل مع الطفل المعاق جسمياً

ولأن الإعاقات الحركية مرتبطة بنمو العضلات الحركية الكبيرة والدقيقة، فإن على معلم التربية الخاصة الذي يعمل مع هذه الفئة، أن يعرف كيفية تدريس الاستجابات الحركية الكبيرة، مثل ضبط الرأس، والتشقلب، والجلوس، والوقوف، والمشي، وكذلك فهم الشذوذات والانعكاسات الحركية غير الطبيعية التي تظهر كجزء من الإعاقات النمائية الحركية، لأن هذا يتداخل مع تعلم المهارات الحركية الرئيسية. فإذا كان الطفل يعاني من إعاقات عصبية وحركية شديدة فإن المعلم يحتاج إلى البدء بالتركيز على تعليم الطفل كيف يأكل فإنه يعلمه كيف يمضغ ويبلع، أو كيف يقوم بالحركات الفمية الطبيعية المناسبة لأغراض إنتاج الكلام.

أما الحركات الدقيقة مثل الإشارة، والمسك، والوصول، إلى الأشياء والتخلص منها، فهي أيضاً هامة، وهذه المهارات الحركية الدقيقة أيضاً بحاجة إلى تعليم في سياق دروس يومية تتضمن مساعدة الذات والتواصل. وهذا يعني أن المهارات الحركية يجب أن لا تعلم بمعزل عن الأنشطة الأخرى، ولكنها يجب أن تكون جزءاً من الأنشطة الحياتية اليومية، وأنشطة التعلم التي تزيد من قدرة الطفل على التواصل والاستقلالية والإبداعية والدافعية والتعلم.

وتعتبر المهارات الحركية والمهارات التواصلية، من المهارات الضرورية في الحياة اليومية، وعلى الرغم من ذلك فإنها ليست فقط المهارات التي يجب أن تأخذ تركيز المعلم في التدريس والتعليم، ولكن هناك أيضاً أنشطة واستجابات أخرى يجب أن يتم التركيز عليها ومنها:

1. تعلم الاستجابات الاجتماعية.
2. تعلم الاستهلال الاجتماعي أو المبادرة الاجتماعية.
3. تعلم كيفية اللعب مع الأطفال الآخرين.
4. تعلم مهارات حل المشكلات. (Hallahan Kauffman, and Pullen, 2012).

العلاج الوظيفي للأطفال المعاقين جسمياً او صحياً

Occupational Therapy with children with Physical or Health Impairment

عندما يشخص الطفل بأن لديه إعاقة جسمية أو صحية وتحدد له خدمات التدخل المبكر، فإن العلاج الوظيفي يعتبر واحدا من العلاجات التي تلزم الطفل. والمعالج الوظيفي، Occupational therapist (OTR) الذي يعمل في برنامج التدخل المبكر، يقدم خدمات تهدف إلى اكتساب المعالم النمائية الحركية الطبيعية مع التركيز على تطوير النمو الحركي الدقيق.وقد أصبح العلاج الوظيفي معروفاً تماماً اليوم، وقد عرفته جمعية العلاج الوظيفي الأمريكية American Occuptional Therapy Association على النحو الآتي:

العلاج الوظيفي هو الاستخدام العلاجي لرعاية الذات والعمل وأنشطة اللعب، وذلك بهدف زيادة الوظيفة الاستقلالية، وتشجيع النمو والوقاية من الإعاقة. كما قد يشتمل على تكييف المهمة أو البيئة لتحقيق أقصى مدى ممكن من الاستقلالية وتحسين نوعية الحياة.

وعندما يعمل أخصائي العلاج الوظيفي مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة دون سن المدرسة، فإنه يعمل في ظل فريق عمل، والذي قد يشتمل على المعالجين الطبيعيين والأخصائيين الاجتماعيين وأخصائيي أمراض الكلام واللغة والأخصائيين النفسيين. ويعمل فريق العمل هذا مع بعض بهدف إشباع حاجات الطفل الخاصة في

المجالات التي يظهر فيها التأخر النمائي. وعلى نحو خاص، فإن المعلم الوظيفي في الأوضاع التربوية يقدم الخدمات الآتية:

1. إكساب مهارات الحركة والتعامل الحركي الدقيق مع الأشياء والتنسيق الحركي..
2. مهارات الإدراك السمعي والحركة البصرية، وهذه تعكس القدرة على معالجة المعلومات البصرية حركياً بشكل ناجح.
3. المهارات التكيفية والمعرفية، وهذه تعكس المهارات التربوية والإجتماعية والإنفعالية.
4. مهارات أخرى متنوعة تشتمل على:
   أ. تقديم المساعدة اللازمة للجسم .
   ب. توفير الأجهزة المعدلة اللازمة للقيام بالأنشطة الحياتية باستقلالية.
   ج. استخدام أدوات التواصل التكنولوجية والضبط البيئي.
   د. إكساب مهارات الجلوس ووضعية الجسم المناسبة.
   ه. المساعدة في معالجة المعلومات الحسية.
   و. المساعدة في تقوية المهارات والقدرات الحركية الخاصة بالمضغ والبلع المناسب لدى الأطفال الصغار (Burns and Pate, 1997).

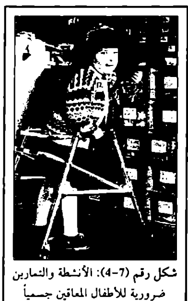
العلاج الطبيعي للأطفال المعاقين جسمياً او صحياً

Physical Therapy with Children with Physical or Health Impairtment

يؤثر النمو الحركي الكبير على كافة مظاهر النمو الأخرى، ولذلك فإن على معلم التربية الخاصة أن يفهم جيداً النمو الحركي للعضلات الكبيرة حتى يستطيع أن يستخدم انشطة خاصة تشجع هذا النمو، ولذلك فإن المعالج الطبيعي Physical therapist (PT) يلعب دوراً هاماً في هذا الاتجاه، فهو يسعى إلى مساعدة الأطفال على تطوير وتنمية الضبط العضلي الجسمي الكلي. والخدمات التي يقدمها المعالج الطبيعي تساعد على:

1. الوقاية أو التقليل من أثر الإعاقة ما أمكن.
2. علاج الألم.

3. تنمية وتحسين الوظيفة الحركية للطفل المعاق.
4. ضبط انحراف وضعية الجسم.
5. تأسيس أداء جسمي حركي مناسب لدى الطفل المعاق والمحافظة عليه.
6. تقييم البيئة المادية التي يعيش فيها الطفل.
7. تقييم المهارات الحركية الكبيرة.



شكل رقم (7-4): الأنشطة والتمارين ضرورية للأطفال المعاقين جسمياً

ويقدم المعالج الطبيعي التوصيات الخاصة بكيفية تحرك الطفل من منطقة إلى اخرى، كما يوصي أيضاً بالأجهزة المناسبة، وهذا النوع من الخدمات الذي يقدم يسمى بالعلاج الحركي Movement therapy (الأنشطة والتمارين) وفي البيئة التربوية فإن خدمات المعالج الطبيعي في كافة الأنشطة المتصلة بالتعليم. كما يمكن أن يقدم المعالج الطبيعي التوصيات الخاصة بأفضل أجراء للمسك مثل كيف يتحرك الطفل من الكرسي المتحرك إلى التواليت. وفي المنزل أو المدرسة فإن المعالج الطبيعي يقدم التوصيات وتنميته للبيئة المادية التي يعيش فيها الطفل وذلك بهدف مساعدته على التنقل المستقل والآمن للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. فأخصائي العلاج الطبيعي يقوم بملاحظة كيف يتحرك الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في بيئاتهم الطبيعية خلال اللعب، والقيام بالأنشطة داخل المنزل وخارجه، وخلال هذه الملاحظات فإنه يركز على حركات العضلات الكبيرة مثل القفز والركض والتوازن ورمي الطابات. وهكذا فإن تقديم خدمات العلاج الطبيعي لا يكون إلا بعد تقييم الطفل وتحديد احتياجاته الخاصة (Ward and Seto, 1997).

الأطفال الصغار ذوو الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية

Young Children with Emotional or Behavioral Disorders

يوجد اتفاق على أن المضطرب سلوكياً وانفعالياً يمتاز بأن لديه انحرافاً سلوكياً شديد وان المشكلة السلوكية مزمنة أي ليس من السهل اختفاؤها، وأن سلوكه غير مقبول لمخالفة التوقعات الاجتماعية أو الثقافية. وتعرف الأنظمة والقوانين الفدرالية الأمريكية المضطرب انفعالياً على النحو التالي:

1. يعني المصطلح وجود حالة تظهر واحدة أو أكثر من الخصائص التالية على مدى فترة زمنية طويلة وتؤثر سلباً على الأداء التربوي وهذه تشمل:

أ. عدم القدرة على التعلم لا تفسر من خلال عوامل ذكائية أو جسمية أو صحية.

ب. عدم القدرة على تكوين أو المحافظة على علاقات اجتماعية مرضية مع الأقران والمعلمين.

ج. أنواعاً غير مناسبة من السلوك أو المشاعر تحت الظروف الطبيعية.

د. مزاجا عاما دائماً من مشاعر عدم السعادة أو الاكتئاب.

ه. الميل إلى تطوير أعراض جسمية أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية أو مدرسية.

2. المصطلح يشتمل على الأطفال المصابين بالفصام Schizophrenia ولا يشتمل على الأطفال غير المتكيفين اجتماعياً ما لم يحدد بأنه مضطرب انفعالياً.

(Hallahan, Kauffman, and Pullen, 2012 ،الزريقات، 2005).

الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً

يظهر الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية بعض الخصائص المشتركة، مثل السلوكيات العدوانية والتخريبية والقلق والخوف والانسحاب الاجتماعي والاكتئاب وتدني تقدير الذات (Paasche, Gorrill, and Strom, 2004). ويعرض الجدول الآتي بعض الخصائص منظمة وفقاً للخبرات والدلائل الظاهرة.

جدول رقم (7-1): الإشارات الدالة على الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية لدى الأطفال

الخبرات	الدلائل الظاهرة
• مشكلات مع أصحاب السلطة. • رفض الرفاق. • مشكلات مع الأسرة. • الوحدة. • الفشل الأكاديمي	• النشاط الزائد. • القهرية. • التخريب. • القلق. • الانسحاب. • الاكتئاب. • العدوان.
	• العداء. • عدم الطاعة • الغضب. • إيذاء الذات والتفكير في الانتحار

وفيما يلي مناقشة لأهم الخصائص المميزة للأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً:

1. **المهارات الاجتماعية Social Skills**: حيث يمتاز هؤلاء الأطفال بأن لديهم مهارات اجتماعية أقل من تلك الموجودة لدى أقرانهم من نفس العمر والجنس. فهم يمتازون بالقهرية والمهارات الشخصية الضعيفة مع الأفراد والكبار وهذه غالباً ما تكون أحد الأسباب التي يحولون بسببها إلى أخصائيي التربية الخاصة، كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من أنماط سلوكية سلبية ومعاقة خصوصاً في تفاعلاتهم مع الآخرين والتي غالباً ما تكون سلبية أو تنفذ بطرق سلبية. وعلى نحو عام، فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية الخارجية Externalized behavioral disorders يظهرون على الأقل بعض الخصائص السلوكية الآتية وعلى نحو مفرط:

أ. نوبات الغضب.

ب. السلوكيات العدوانية.

ج. سلوكيات عدم الطاعة.

د. سلوكيات قهرية إجبارية.

ه. الأداء الأكاديمي الضعيف.

وهذه السلوكيات تستدعي من المعلم أن يستخدم إجراءات تعليمة فعالة، وأن يشركهم ويشغلهم بالأنشطة التعليمية. وكذلك تعليمهم مهارات اجتماعية لان هذا يترابط بشكل واضح وإيجابي ويؤثر في النمو الاجتماعي وتطور الكفاءة الاجتماعية. وكلما كانت الخبرات الاجتماعية معلمة في سياقات بيئة اجتماعية طبيعية كلما كان هذا أفضل.

2. **الأداء الأكاديمي Academic Performance**: ويتصف الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً بأنهم يشتركون فيما بينهم بالأداء الأكاديمي المنخفض، هذا على الرغم من امتلاكهم إمكانيات ذكائية طبيعية. كما يعمل الفشل والإحباط الناتج عن تاريخ تدني التحصيل إلى الهروب من المدرسة أو تركها.

3. **جنوح الأحداث Delinquency**: حيث يلاحظ أن الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً هم غالباً ما يكونون مضادين للمجتمع ويدخلون رعاية الأحداث القضائية. وفي سياق المدرسة فإن هؤلاء غالباً ما يتصفون بالعدوان اللفظي وغير اللفظي والعداء للآخرين (Cullinan, 2007 ؛Smith, 2007).

وتشير البحوث الدراسات إلى أن الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً لديهم مشكلات في الكلام واللغة. وتبدو المشكلة في أن التقييم يركز على السلوك المضطرب وعلاجه، ولذلك فإن المشكلة اللغوية تبقى غير مدركة. ويمتاز المضطربون انفعالياً وسلوكياً بأن لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي، وهذا يقودنا إلى أن هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات في الاستعمال الاجتماعي للغة أي في المستوى البراجماتي أو الاجتماعي للغة Pragmantics.

وتبدو المشكلة في صعوبة المحافظة على الموضوع، والاستجابات غير المناسبة والفشل في الأخذ بعين الاعتبار حاجات المستمع. وتختلف المشكلات اللغوية باختلاف المشكلات السلوكية، فالمشكلات السلوكية الداخلية تميز المصاب بها بالانسحاب الاجتماعي، والتفاعلات الاجتماعية المحدودة. فالتواصل الاجتماعي

ضروري لتطوير اللغة، ومثل هذه الفئة تكون عرضة لمشكلات اللغة. أما الأفراد المصنفون بأن لديهم اضطرابات سلوك خارجية مثل العدوان وفرط النشاط فهو يؤثر على تطوير علاقات اجتماعية مع الأقران، وهذا يؤدي إلى مشكلات في التواصل الاجتماعي.

وفي الخلاصة فإن المشكلات في اللغة الاجتماعية تساهم في إحداث صعوبات في التفاعل الاجتماعي وتطوير علاقات اجتماعية مع الأقران، والتفاعلات مع المعلمين والآخرين، ولأن الاهتمام هو سلوك الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً فإن المشكلات اللغوية غير مدركة، ولا تعطي الاهتمام الكافي في التقييم والعلاج. (Kuder, 2003، الزريقات، 2005).

التدخل المبكر مع الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً

Early Intervention with Emotionally or Beharlonely Disturbed Children

يعتبر التعرف المبكر والوقاية من الأهداف الرئيسية لبرامج التدخل المبكر مع الإعاقات الانفعالية أو السلوكية ومع ذلك فهذا الهدف يثير تحديات خاصة وهذه التحديات متصلة بتعريف الإعاقة الانفعالية أو السلوكية وإجراءات قياسها أو التعرف عليها خصوصاً مع الأطفال الصغار. وكما ذكرنا سابقاً فإن صعوبة التعريف بالاضطرابات الانفعالية أو السلوكية لدى أطفال دون سن المدرسة معقد ومتأثر بعوامل أخصائية كثيرة منها:

1. **المتطلبات النمائية المتوقعة:** من الأطفال الصغار أن يحققوها، هي أبسط من تلك المتوقع أن يحققها الأطفال الأكبر سناً، وبالتالي فإن مدى السلوكيات المستخدمة في المقارنة محددة. فعلى سبيل المثال الأطفال الرضع والأطفال في سن المشي متوقع منهم سلوك الأكل والنوم والأداء البسيط المرتبط بالمهارات الحركية المتطورة، والاستجابات الاجتماعية لآبائهم. وفي المقابل فإن أطفال سن المدرسة يجب أن يتعلموا سلوكيات أكثر تعقيداً، سواء أكانت حركية أو كانت مرتبطة بالمهارات المعرفية أو تطوير العلاقات الاجتماعية مع الأقران الآخرين.
2. **هناك تنوع كبير في ممارسات التنشئة الأسرية في الأسر:** فالثقافة وتعليم الوالدين والطبقة الاقتصادية، كلها عوامل تؤثر فيما هو متوقع من الطفل أن يتعلمه أو

يكتسبه. كما قد يكون ما ننظر إليه على أنه انسحاب اجتماعي أو عدم طاعة أو عدوان في أسرة يكون في غيرها أمراً طبيعياً.

3. **في مرحلة دون سن المدرسة:** فإن النمو يكون سريعاً وغير معتاد مما يؤدي إلى صعوبات في الحكم على التحسن التلقائي.

4. **معظم أنواع الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية:** تلاحظ لدى الأطفال دون سن المدرسة، ويكون أحياناً من الصعب التميز بين هذه الاضطرابات (Hallahan, Kauffman, and Pullen, 2012).

الفوائد المكتسبة من التدخل المبكر Benefits

إن التدخل المبكر مع الأطفال الصغار المضطربين سلوكياً أو انفعالياً يحقق فوائد عديدة منها:

1. ضبط المشكلات السلوكية خلال الزمن، والمشكلات السلوكية لا تذهب وحدها، ولكنها تحتاج إلى برامج علاجية تساعد على السيطرة عليها وبالتالي ضبطها.
2. المشكلات السلوكية تتنبأ بمشكلات تعليمية مستقبلية وبجنوح الأحداث.
3. الأطفال الذين يتصفون ببداية مبكرة للسلوك المضاد للمجتمع يشكلون من 3-5٪ من مجموع السكان، إلا أنهم يشكلون 50٪ من مجموعة الجرائم المنفذة من الأطفال أو الشباب.
4. أن تحديد اضطرابات الأطفال مبكراً يساعد الأخصائيين على علاجها ووضع برامج تدخل مناسبة لها.

ويعمل التدخل المبكر على خفض المشكلات قبل أن تتطور بشكل أكثر شدة، كما يمكن لبرامج التدخل المبكر أن تخفض معدل الضغط النفسي لدى الأسر وتغير في الوقت نفسه من سلوكيات الأطفال. وتمتاز برامج التدخل المبكر الناجحة مع هذه الفئة من الأطفال بالخصائص الآتية:

1. إشراك الآباء.
2. التعليم من خلال العلاقة بين السلوك ونتائجه.

3. تعليم السلوكيات المناسبة وكيف تمارس في المواقف المختلفة.
4. تعليم كيفية تكوين الأصدقاء والمحافظة عليهم.

مؤشرات المشكلات اللاحقة Signals of Risk

هناك علاقة بين الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية ومشكلات الأحداث الشديدة ونتائج سلوك الكبار الضعيفة. والمؤشرات للمشكلات اللاحقة لدى الأطفال الكبار (الذكور والإناث) تشتمل على الخصائص الخمس الآتية:

1. مشكلات السلوك قابلة للتحديد من عمر 3 سنوات وغالباً ما تكون مستقرة مع عمر 8 سنوات.
2. الأنشطة المضادة للمجتمع الظاهرة والمخفية تصبح أنماط سلوك.
3. تحدث المشكلات في سياق أحداث (في المنزل، في المدرسة، في المجتمع).
4. الطفل قد يكون نشطا غير مستقر.
5. العدوان المفرط ظاهرة متكررة.

ويعتبر العدوان واحدا من أهم المؤشرات الدالة على سلوك الأطفال المشكلي، وبدون تدخل مبكر فإن الأطفال يطورون مشكلات أكثر شدة، وتصبح أكثر استمرارية، كما أن الأطفال الذين يظهرون الخصائص الخمس السابقة هم أكثر عرضة لإظهار سلوكيات مشكلية شديدة، وهذه السلوكيات قد تشتمل على: الإدمان على المخدرات، والانتحار والإيدز والعلاقات الزواجية الضعيفة والبطالة المزمنة والاضطرابات النفسية (Smith, 2007).

الأطفال الصغار التوحديون Young Children with Autism

يشير كل من هالاهان وكوفمان (Hallahan, Kauffman, and Pullen, 2012) الى أن التوحد هو اضطراب نمائي عام يمتاز بقصور نوعي في العلاقات الاجتماعية وعجز معرفي واضطرابات في التواصل واللغة وإثارة ذاتية غير اعتيادية وسلوكيات نمطية وطقوسية، على أن تظهر هذه الخصائص وتشخص قبل سن الثالثة من العمر.

أما التعريف الفدرالي الأمريكي فيعرف التوحد على أنه إعاقة نمائية تؤثر بدرجة ملحوظة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي قبل سن الثالثة من العمر، ويؤثر سلباً على الأداء التربوي. وتشتمل خصائص التوحد على إعاقات في التواصل، وانشغال في أنشطة تكرارية وحركات نمطية، ومقاومة التغير في البيئة أو مقاومة التغير في الروتينيات اليومية، واستجابة غير مألوفة للخبرات الحسية (Kuder, 2003, p.124؛ الزريقات، 2005).

الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال التوحديين

يظهر أطفال التوحد عيوباً في الخصائص النمائية الآتية:

1. قصورا نوعيا في العلاقات الاجتماعية، حيث يعاني أطفال التوحد من صعوبات في إدراك الحالات الانفعالية للآخرين، وكذلك يواجهون مشكلات شديدة في التعبير عن الانفعالات، وتكوين العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها. وغالباً ما يظهر الآباء غرابتهم من السلوكيات الاجتماعية التي يظهرها الطفل.

ومن الدلائل الأخرى التي يظهرها أطفال التوحد فشلهم في القيام بالإيحاءات والتلميحات الاجتماعية، مثل القيام بإشارة مع السلامة، والانسحاب الاجتماعي، وضعف التواصل، وكذلك العجز في الانتباه المشترك من السلوكيات الشائعة الانتشار بين الأطفال التوحديين. وهذا المفهوم يشير إلى النظر للشيء الذي ينظر إليه الشخص الآخر ويسمح الانتباه المشترك للأطفال في إقامة تفاعلات اجتماعية مع الآخرين.

شكل رقم (7-5): طفل توحدي منشغل باهتماماته

2. عجز في التواصل واللغة: تشير الدراسات إلى أن نصف أطفال التوحد تقريباً يصنفون على أنهم بكم Mute أي أنهم لا يتكلمون، إلا أنهم أحياناً ينطقون بعض الأصوات البسيطة. كما ويظهر أطفال التوحد سلوك المصاداة في الكلام

echolaia وهو تكرار للأصوات التي يسمعونها من حولهم. وقد تكون المصاداة فورية أي يكرر الطفل ما يسمعه مباشرة أو قد تكون المصاداة متأخرة أي تكرر للأصوات بعد وقت من الزمن قد يتراوح ما بين ساعات إلى أيام. كما يظهر أطفال التوحد فهماً حرفياً للكلام أو المعلومات اللفظية المسموعة.

3. القدرات الوظيفية الذكائية، يظهر أطفال التوحد مدى من القدرات العقلية، ومع ذلك فأطفال التوحد قد يظهرون قدرات عقلية متدنية جداً. وقد أشارت الدراسات إلى أن حوالي 70-80٪ من أطفال التوحد لديهم إعاقات عقلية. ومن جهة أخرى هناك أطفال توحد موهوبون كما هو الحال في توحد السافانت Savant فحوالي 10-15٪ من أطفال التوحد يظهرون مهارات في بعض المجالات، وهذه المهارات تمتاز بالأداء العالي الذي يفوق ما هو متوقع من عمر الطفل والقدرات الأخرى.

كما يظهر بعض الأطفال ظاهرة الانتقائية الزائدة Over selectivity حيث يركز الطفل على جزء من الشيء أو الشخص بدلاً من التركيز على الكل.

4. الاستجابة غير الاعتيادية للمثيرات الحسية، حيث يظهر العديد من الأطفال التوحديين استجابة غير اعتيادية للإثارة الحسية، فبعضهم يرفض أكل الطعام الذي يمتاز برائحة معينة أو طعم محدد، أو إظهارهم الحساسية لأصوات محددة. وكذلك بعض أطفال التوحد لا يظهرون الإحساس بالألم بالطريقة الطبيعية المعتادة.

5. الإصرار على التماثل، فالعديد من أطفال التوحد يظهرون سلوكاً قهرياً في المحافظة على التماثل، فهم يواجهون صعوبات عندما يتغير الروتين داخل المنزل أو الصف، وقد يتصف بعضهم بإظهار نوبات الغضب كاستجابة لذلك أو رمي الأشياء، فهو دائماً يريد أن يرى الأشياء ذاتها في نفس الأماكن وينزعج إذا حدث أي تغيير بها.

6. الأنماط السلوكية الطقوسية وغير الاعتيادية، حيث ينشغل أطفال التوحد بممارسة سلوكيات روتينية وتكرارية ويظهرون سلوكيات نمطية مثل هز الجسم والتمايل والتلويح بالأيدي، وبالإضافة إلى ذلك قد يقضي الطفل ساعات في النظر إلى سقف الغرفة مثلاً.

7. السلوك المشكل، يظهر أطفال التوحد سلوكيات مشكلية ومثيرة للقلق لمن حوله وهذه السلوكيات قد تشتمل العدوان على الآخرين من حولهم أو حتى لحو أنفسهم (Heflin and Alaimo, 2007 ؛Heward, 2006).

التدخل المبكر مع الأطفال التوحديين

على الرغم من أنه لا توجد برامج تتمتع بالمصداقية المطلقة في علاج التوحد إلا ان الأدب أشار إلى مجموعة خصائص للبرامج الناجحة مع أطفال التوحد وهذه الخصائص هي على النحو الآتي:

1. بيئة تعليمية داعمة.
2. التخطيط للتعميم.
3. الجدولة الروتينية والمتنبأ بها.
4. استخدام البرامج والمناهج السلوكية في التعامل مع المشكلات السلوكية.
5. توفر الدعم للبرامج الانتقالية.
6. مشاركة الأسرة ودعمها (Smith, 2007).

الأطفال التوحديون في مرحلة ما قبل المدرسة: من الميلاد – 3 سنوات

يظهر الأطفال سلوكيات يعبرون فيها عن دافعيتهم في معرفة البيئة من حولهم كما يعرفها الآخرون، ويعبرون عن رغبتهم من خلال الإشارات والإيماءات مع نهاية السنة الأولى، ويبحثون عن الأشياء بأنفسهم، ويدعون الآخرين لمشاركتهم الاهتمام بالأنشطة. ويطورون ثقة بشخصيتهم، واستجابات ذكية لمشاركة الآخرين في التسلية وخصوصاً أفراد الأسرة. ومع بلوغ الطفل عمر سنة فإنه يصبح أكثر وعياً بمخاطر سوء الفهم. مع نهاية السنة الثانية أي حوالي 18 – 20 شهراً وخلال تطويرهم مهارات حركية، فإن معظم الأطفال يمرون بأوقات من مشاعر القلق قبل البدء بالتقاط الكلمات ومبادلة الحديث، ويتجاوز الأطفال التوحديون تقريباً السنة الأولى من العمر كما هي الحال لدى الأطفال الآخرين ولكن مع نهاية السنة الثانية، يبدو واضحاً أن سلوكهم غير عادي ففهمهم للأشياء يصبح غير طبيعي وأيضاً اهتماماتهم محدودة

والكلمات القليلة التي تم تعلمها تبدأ بالضياع وتظهر الانفعالات بأنها غير مستقرة وكذلك يضطرب نومهم.

وتتناقص السلوكيات غير الاعتيادية مثل التلويح بالأيدي والمناغاة، وتنخفض سلوكيات الإثارة الذاتية إذا أصبح الطفل أقل قلقاً، وإذا كانت استجابات الآخرين داعمة، وتوفر حماية زائدة أكثر من التحدي، فإنه يبدو ممكناً تغيير العادات غير المناسبة لدى الطفل التوحدي من خلال التشكيل السلوكي، ولكن يكون أفضل تغيير الحالة الداخلية أو الدافعية. ويحتاج الآباء إلى مساعدة للتعامل مع الطفل التوحدي والمشكلات الناتجة عن الإصابة بالتوحد للطفل مثل عدم الاستقرار الانفعالي، وحساسية الطفل للاستجابة للمثيرات التي لا تكون لدى الطفل العادي، كما أن الطفل بحاجة إلى إعادة تنظيم الإشارات غير المألوفة والحماية من البيئة، وتعليمه أشكال التفاعل التي تساعده على الشعور بالأمن، ويحتاج الطفل إلى توجيه لتحقيق علاقات انفعالية دافئة مع الأسرة والأصدقاء، ويساعد اللعب والموسيقى وإثارات الجسم المرغوبة الطفل على تحقيق التوازن الانفعالي وتعلم التواصل لدى الطفل، وعلى تحقيق السعادة في التعامل مع أنشطة الجماعات الأخرى، وبشكل تدريجي فإنه ينقل الطفل التوحدي من ممارسة أشكال السلوك النمطي، والتكراري، والإثارة الذاتية إلى سلوكيات ذات معنى، يشاركه الآخرون بها، وإلى أنشطة يشارك الآباء في إعطاء الانتباه إليها.

يمارس الأطفال التوحديون اللعب بطريقة بسيطة مع الألعاب، كما أنه يمكن فتح الطريق للطفل التوحدي أمام ألعاب محددة، ويمكن أن تعزز من قبل الآخرين من خلال مشاركة الإنفعالات التي يحدثونها، وهذا يشجع التعلم للدوافع والإنفعالات، كما أن الطفل يستطيع إعادة سلوكيات روتينية مرغوبة مثل الأنماط الكلامية الإيقاعية. إن الروتين يمكن أن يستخدم في ممارسة أسس قواعد اللغة.

تساعد الإشارات والإيماءات الطفل التوحدي ليبقى على تواصل مع الأشخاص الآخرين، ولكن علينا أن لا نعزز السلوكيات الطقوسية كاستجابات انعزالية وينظر إلى الأنشطة على أنها عناصر لعلاقات شخصية وانتباه مشترك مثل النظر بالعين والإشارة وتمثيل الإشارات المعطاة، والتعبيرات الإنفعالية. وهذه يجب أن

تشجع وتعلم للمعلمين والآباء، إذ عليهم أن يكونوا واعين ومدركين لأهمية التكيف مع حاجات الطفل.

الأطفال التوحديون في مرحلة ما قبل المدرسة: 3 – 4 سنوات

يضيف الأطفال العاديون من الأعمار 3 – 4 سنوات الكثير من الأدوار الخيالية إلى ألعابهم، وبناء اللغة على أساس معان فعالة، ويستعملون ألعاب الحيوانات للتعبير عن الانفعالات والمشاعر والحديث، وتبدو عليهم السعادة لاستعمال المفاهيم الحركية الحسية المجردة، وبعد سن الرابعة ينمو اللعب التخيلي، ويتطلب اللعب مع الأصدقاء مفاوضات أكثر وتفكيراً حول وجهات النظر، ومع نمو الطفل فإنه يصبح أكثر قدرة على تطوير أنواع جديدة من حل المشكلات التي تتطلب جمع وتوحيد الأشياء، وتبدأ تتطور لدى الطفل أفكار حول الحساب مثل السرعة والكم والأعداد والترتيب. يفقد الطفل التوحدي في هذا الوقت المعاني، ولا يستطيع الكلام مع الآخرين، وتبرز الحاجة الماسة لمساعدة الآباء والأخوة أكثر من مساعدة الطفل، وإيجاد الطريق لتشجيع الطفل على تعلم الإشارات البسيطة اللازمة للتفاعل وتبادل الانفعالات والخبرات غير المكتملة، وعدم القدرة على التفكير بالمهمات، وعدم فهم الآخرين. فهذه المشكلات يجب أن تعالج كمشكلات تربوية خاصة وتعليم الآخرين أهمية عدم إطلاق أحكام انتقادية على الطفل وإلى أهمية الصبر ومعاملته بلطف وتشكيل جو تعاطفي مع الأسرة.

ووجد أن اللعب والموسيقى لهما تأثير جيد على انفعالات الطفل وتوجيهه نحو الأشخاص الآخرين. ويحتاج المعلم أن يعرف ماذا يحب الطفل وما لا يحبه، والعادات التي ينشغل بها الطفل التوحدي أو المخاوف المتمركزة حول الذات، كما ويجب أن يشارك المعلم الآباء، وأن يلعبوا أدواراً مشتركة للتعاون في تغيير السلوكيات غير المرغوبة أو تعليم اهتمامات جديدة. كما أن طرق التدريب السلوكي تعلم الطفل سلوكيات جديدة أو تضبط السلوكات المشكلية.

الأطفال التوحديون في المدرسة الأساسية Primary School

تؤثر التغيرات المهمة في قدرات التواصل للأطفال الرضع والصغار في الأعمال المحددة على فهم العالم، وهناك فترات حرجة تظهر فيها الانفعالات والدوافع لتصبح

أكثر فعالية، وتصبح قاعدة أساسية للتغيرات اللاحقة، وبعمر الثامنة يصبح الأطفال أكثر استقلالية، ومسؤولين عملياً ومنطقياً، ومع منتصف مرحلة المدرسة الأساسية يصبح الأطفال منتمين إلى صف مدرسي رسمي، ويتلقون تعليمهم في الموضوعات والكتابة والرياضيات وفي المجال الاجتماعي، فهم اجتماعيون، ويستمتعون بممارسة الأشكال المختلفة من الأنشطة ضمن البيئة والتفاعل مع الآخرين ويتحمل معظمهم مسؤولية الأعمال. ويركز المنهاج المدرسي حول قدرات التعلم لمعظم الأطفال وفقاً لتغيرات المراحل النمائية الطبيعية.

ولا يستطيع الأطفال التوحديون في عمر المدرسة تحقيق متطلبات المنهاج المدرسي، فالتنظيمات الداخلية غير المألوفة للنمو في قدراتهم المعرفية والتواصلية تعيق ذلك، لذا فإن على الآباء والمعلمين إيجاد بيئات خاصة للأطفال التوحديين لاستثارة الاهتمامات وتحقيق المتطلبات الخاصة، ولا يتقن العديد من الأطفال التوحديين اللغة، ويحتاج معظمهم إلى الوضع في مكان مناسب ضمن نظام يسمح تدريجياً على تجاوز إعاقاتهم السلوكية، وصعوبات التواصل مع الآخرين، كما أن على الآباء أن يحافظوا على استجابات داعمة لأطفالهم التوحديين عند اكتشافهم لإشارات التوحد، والاستمرار في ذلك وتوفير تعليم خاص علاجي من معلم خاص لمساعدتهم في التواصل، وتحقيق تفاعلات وعلاقات دافئة بين المعلم والطفل، ومن ثم توفير بيئة مناسبة بين الأطفال من قدرات مختلفة. ويعتمد التعليم بشكل رئيسي على أساس شخصي.

ولقد ركز لوفاس Lovaas على التشكيل السلوكي من خلال تنظيم تلقين التواصل والتعزيز المحقق لما يفضله الطفل، وتعزيز مهارات التواصل المفيدة وإزالة غير المرغوبين.

ويركز برنامج تيش Teacch على تنظيم البيئة بطريقة تحقق حاجات الطفل ومناسبة لقدراته، وتزود طريقة هيجاشي Higashi الطفل التوحدي بأنشطة مادية وتنظيم السلوك وتحقيق تعاون ضمن المجموعة.

كما تشتمل الحاجات الخاصة لبعض المدارس الأساسية للأطفال التوحديين على المشكلات المحددة في اللغة المنطوقة أو القراءة، وعلى صعوبات النشاط الزائد

وعدم التناسق الحركي، ويساعد العلاج الكلامي والعلاج الموسيقي، والطرق البديلة للعلاج الحركي، أو العلاج الوظيفي والطبيعي والتدريبات الجسمية في خفض هذه المشكلات (الزريقات، 2010).

الأطفال الصغار ذوو المواهب الخاصة

Young Children with special Gifts

الموهبة والتحديات

يصف مفهوم الموهبة Gifted or Talented الأفراد ذوي المستويات العالية من الذكاء والإبداع والقدرات المتميزة والقدرة على الأداء العالي. ويواجه الأطفال والأفراد الموهوبون تحديات متنوعة منها:

1. الاتجاهات السلبية نحوهم.
2. الافتراض الذي يؤكد أنهم لا يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة لاستغلال قدراتهم المميزة.

وغالباً ما يواجه الأطفال الموهوبون مشاعر العداء من أقرانهم والتي تنتج غالباً من أثر قدراتهم العالية على رفاقهم.

وفي الحقيقة فإن كافة الأطفال يحتاجون إلى تشجيع دافعيتهم وذلك بهدف النمو والتطور. أما الأطفال الموهوبون فإن صفوف التربية العامة وحدها غير مناسبة ولا تتحدى متطلبات التعليم لديهم وذلك لعدد أسباب:

1. المنهاج لا يتحدى قدراتهم الخاصة.
2. السرعة التعليمية بطيئة.
3. تكرار المعلومات المتقنة.
4. قلة الفرص المتاحة لتنمية الاهتمامات الشخصية.
5. التركيز على إتقان الحقائق أكثر من مهارات التفكير.

الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال الصغار ذوو المواهب الخاصة

Psychological and Behavioral Characteristics of Young Gifted Children

يمكن تصنيف الأطفال الموهوبين إلى مجموعات متجانسة وأخرى غير متجانسة. وعلى نحو عام، فإن الاهتمام بالأطفال الموهوبين يتركز على ثلاث خصائص شائعة هي:

1. الحساسية Sensitivity، فالحساسية العالية قد تدفع بالطفل الموهوب إلى المبالغة وردة الفعل للنقد البسيط.
2. الكمالية Perfectionisın، وهذه الصفة مع الصفة السابقة "الحساسية" تؤدي بالطفل الموهوب إلى الشعور والمرور بخبرة ردود فعل سلبية إلى الأشياء التي يتلقونها أو يدركونها كفشل. وهذا يؤدي إلى التحصيل المتدني لدى بعض الأطفال الموهوبين.
3. الشدة/ الحدة Intensity، وتظهر هذه الصفة في كلا الجانبين الاجتماعي والأكاديمي، وهذه الصفة تفسر الضغط النفسي العالي الذي يشعروا به. ومن الجانب الإيجابي، فإن هذه الخاصية تدفع بالأطفال الموهوبين إلى مواصلة العمل والانشغال بالأنشطة التي تمتاز بالتحدي العالي وتغيرات طويلة من الوقت، وكذلك إلى اكتشاف محتوى المنهاج بعمق أكثر وتركيز أكبر. وهذه الخصائص للأطفال الموهوبين تلقي الضوء على أهمية التدخل المبكر وتعديل المنهاج لإشباع حاجاتهم الخاصة (Smith, 2007) .

نموذج تقديم الخدمة والبيئة

Service Delivery Model and Environment

تصنيف نماذج الخدمات المقدمة للأطفال الموهوبين إلى ثلاث مجموعات، وهذه المجموعات هي على النحو الآتي:

أولاً: صفوف متجانسة كاملة، وتشمل:

1. المدارس الجاذبة magent.
2. المدارس الخاصة للموهوبين.
3. المدارس الخاصة.

4. صفوف خاصة في المدارس الأساسية.

ثانياً: الصفوف غير المتجانسة الكاملة، وتشمل:

1. المستويات الموحدة في الصف العام.
2. مجموعات عنقودية من الأطفال الموهوبين مع الأطفال العاديين.
3. الدمج في الصفوف العامة.

ثالثاً: المجموعات المؤقتة، وتشمل على:

1. البرامج النهارية المؤقتة.
2. غرف المصادر.
3. الصفوف الخاصة.
4. برامج الشرف Honors.

ومن الملاحظ على هذه البرامج أن بعضها غير مناسب للأطفال الصغار خصوصاً الذين يبلغون من العمر ما بين 3-5 سنوات. وعلى نحو عام، فإن بيئة التعلم يجب أن تكون مصممة على نحو يثير قدرات الطفل وغنية بالخبرات وذلك حتى تتمكن من استغلال الفترات النمائية الحرجة للأطفال.

ويشير ستيل (Stile, 1996)إلى أن باربرا كلارك (Barbara Clark, 1992) قد وصفت مرحلة دون سن المدرسة على النحو الآتي:

أن شخصية الطفل ونوع فرص التعلم المتوفرة تسهل نمو القدرات الذكائية الموروثة. ولذلك فإننا نخطط لتوفير بيئة غنية مناسبة لاستغلال قدرات الطفل أو أننا قد نسمح لهذا التفاعل الهام بالظهور بواسطة الخطط أو ترك البيئة على ما هي عليه. بغض النظر عن المنهج الذي يستخدم مع هذه السنوات فإن التفاعل سوف يظهر والذكاء سوف يتطور. هكذا فإن استغلال الفترات النمائية الحرجة بأقصى إمكانياتها يعتمد علينا (Stile, 1996). ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أنه على الرغم من أن الأطفال الصغار الموهوبين يمتلكون قدرات عالية في العديد من المجالات، فإن هذا لا يعني أن تطورهم في المعالم النمائية المختلفة هو دائماً فوق المتوسط، فعلى سبيل المثال، نموهم

العاطفي يقع ضمن المدى الطبيعي لعمرهم الزمني. كما أن النمو غير الطبيعي يؤدي إلى مشكلات العزلة وغيرها. ومن هنا (Hallahan Kauffman, and Pullen, 2012). تركز الجهود في التدخل المبكر مع الأطفال الصغار الموهوبين على تنمية المظاهر النمائية المختلفة واستغلال قدراتهم إلى أقصى درجة ممكنة:

أولاً: تشجيع نمو التواصل Promote Communication Development

الأطفال الموهوبون يحتاجون إلى التواصل بطرق مقبولة. فالتواصل هو عبارة عن تبادل المعلومات والأفكار، وحتى تساعد الأطفال على التعبير عن قدراتهم فإنهم بحاجة إلى أنماط التواصل غير اللفظية والرموز الكتابية واللفظية. كما أن الأطفال الموهوبين يوصفون بقدراتهم التواصلية وامتلاكهم لمهارات التواصل الناجحة. ولتحقيق نمو التواصل للأطفال الموهوبين فإنه تصمم الأنشطة والتفاعلات لتنمية الطرق المختلفة للتواصل. كما يمكن أن يشجع التفاعل بين الأطفال الصغار الموهوبين وأقرانهم خلال الأنشطة اليومية. وكذلك يمكن تشجيع الأطفال على التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم وآراءهم وتبادل الأفكار.

ثانياً: تشجيع النمو الحركي Promote Motor Developments

يعود النمو الحركي إلى علمية اكتساب قدرة الضبط الحركي، وكما أوضحنا في بداية الكتاب في فصل النمو، فإن النمو الحركي يتبع تسلسل نمائي منتظم. وتعتمد التدخلات الحركية المبكرة على التشخيص للنمو الحركي وعلى نتائجه، تصمم البرامج الخاصة لتشجيع المظاهر الحركية مثل الجلوس والركض. وعلى الرغم من أن الأطفال الموهوبين يوصفون بقدراتهم اللفظية العالية فإنهم يواجهون صعوبات في النمو الحركي. وهكذا فإن الأطفال الموهوبين الصغار يحتاجون إلى أنشطة خاصة لتشجيع مهاراتهم الحركية الدقيقة والكبيرة. ومن الأنشطة المساعدة على نمو الحركات الكبيرة:

1. المشي على دعامة باتزان.
2. رمي الكرة والإمساك بها وعلى ذلك عن طريق ألعاب الأطفال الشائعة والتي تتبع قواعد محددة في اللعب.

3. الركض.
4. ركوب الدراجة.
5. التزحلق.
6. السباحة.
7. أما المهارات الحركية الدقيقة فقد تشجع من خلال أنشطة خاصة تشتمل على:
8. القص
9. الكتابة
10. وضع الخرز في الخيط
11. ربط الحذاء.

ثالثاً: تشجيع النمو المعرفي Primate Cognitive Development

يظهر الأطفال الموهوبون مهارات معرفية عالية، ولذلك يجب أن توفر لهم بيئة منظمة وعلى نحو يستطيعون معه الأداء بأعلى قدراتهم وذلك ضمن المرحلة المعرفية التي يمرون بها. والتدخلات المبكرة الفعالة مع الأطفال الصغار الموهوبين تُبنى بالدرجة الأولى على تقييم النمو المعرفي وذلك باستخدام أدوات قياس مناسبة. وهكذا فإن البيئة الغنية والمثيرة ضرورية لتشجيع النمو المعرفي للأطفال الموهوبين، ومن الأنشطة المساعدة على تحقيق هذا الهدف:

1. تزويد الأطفال بفرص مستمرة للتفاعل مع الأفراد والأشياء.
2. تنمية مهارات التفكير بإحدى الطرق الثلاثة الآتية:

أ. تدريس مهارات التفكير بشكل غير مباشر وذلك باستخدام أسئلة لماذا، وماذا لو حدث، وكيف،... في موضوعات وتشجيع الأطفال على استخدامها.

ب. تعليم التفكير بطريقة مباشرة من خلال مساعدة الأطفال تقييم أفكارهم والقدرة على الملاحظة وفحص الإفتراضات والآراء.

ج. تعليم الأطفال أن يفكروا حول كيف يفكرون met cognition فعلى سبيل المثال، المعلم يمكن أن يساعد الأطفال الصغار الموهوبين في تحديد وفهم مصادر قيمهم واتجاهاتهم.

رابعاً: تشجيع النمو الاجتماعي – الانفعالي Promote Social - Development

يرى البعض أن الأطفال الصغار الموهوبين لديهم المهارات الانفعالية والاجتماعية أفضل من تلك التي لدى أقرانهم. ولذلك فقد توجهت الجهود في تنمية المهارات الانفعالية والاجتماعية لدى الأطفال الموهوبين باتجاهين هما:

المحور الأول: ويركز على الجهود المنظمة في تنمية المهارات الاجتماعية والانفعالية مثل البرامج العلاجية التي تركز على تشجيع النمو الطبيعي وذلك بإشغال الأطفال بأنشطة التعبير عن الذات والمشاعر وتشجيع التعلم التعاوني، وهذه الأنشطة تؤدي إلى تنمية سمات الشخصية ومشاعر الأطفال.

المحور الثاني: في التعامل مع النمو الانفعالي والاجتماعي للأطفال الموهوبين فقد اهتم بتعديل السلوكيات غير المناسبة أو غير المرغوبة التي تنتج عن أسباب وعوامل مختلفة مثل مشاهدة التلفاز وغيره.

خامساً: تشجيع السلوك التكيفي والاستقلالية

Promote Adaptive Behamoravel

من مظاهر الذكاء لدى الأطفال والكبار هي التكيف مع البيئة. ويعتبر السلوك التكيفي من الأبعاد الهامة التي يشخص على في ضوئها التخلف العقلي. أما مع الأطفال الموهوبين فهو نادراً ما يشخص ويحدد لأغراض تحديد الأهلية للبرامج الخاصة بالموهوبين. وفي البعد الاجتماعي فإن الأطفال الذين يتمتعون بمستويات عالية من الذكاء يواجهون تحديات في السلوك التكيفي وهذا قد يكون ناتج عن الافتقار الى رفاق حقيقيين. والرفاق الحقيقيون هم أولئك الذين يمتلكون قدرات عقلية موازية لقدرات الطفل الموهوب وفهم لاهتماماتهم الخاصة. والتدخلات المبكرة مع الأطفال الموهوبين في هذا البعد تتوقف على التقييم وقياس السلوك التكيفي. (Stile, 1996).

الفصل الثامن

الاحتواء الشامل في الطفولة المبكرة

- تعريف الاحتواء الشامل في الطفولة المبكرة
- المبادئ الأساسية للاحتواء الشامل
- مبررات التربية والتعليم المبكرة الشاملة
- تقييم الاحتواء الشامل
- أهداف الاحتواء الشامل
- تدريس الطالب في برنامج الاحتواء الشامل
- مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في دخول برنامج الاحتواء الشامل
- إرشادات لتحقيق الاندماج الاجتماعي في أوضاع الاحتواء الشامل: تطبيقات المعلم

الفصل الثامن

الاحتواء الشامل في الطفولة المبكرة

Full Inclusion In Early childhood

تشير البيئة الأقل تقييدا Least Restrictive Environment إلى أن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة يجب أن يعلموا مع أطفال بدون إعاقات. وتستند الفلسفة التربوية لهذا البديل إلى نقل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى أوضاع طبيعية (صف نظامي أو عادي) ما أمكن. وهذا يعني أن هناك توقعات من أن الأطفال الإعاقة يجب أن يتفاعلوا في وضع طبيعي مع أطفال بدون إعاقات في صف التربية العامة ما أمكن. لقد تلقى وضع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في المكان المناسب اهتما كبيرا في الوقت الراهن، ومن هنا فقد اهتم العاملون في مجال التربية الخاصة في الطفولة المبكرة بالإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما هي الفوائد التي يحصل عليها الطفل ذي الحاجات الخاصة مع الخدمات والمساعدات في صف التربية العامة مقارنة بالفوائد التي يحصل عليها من صف التربية الخاصة؟
2. ما هي الفوائد الشخصية أو غير الأكاديمية التي يحصل عليها الطفل ذي الحاجات الخاصة من تفاعله مع رفاق بدون إعاقات؟
3. ما هو تأثير وجود الطفل ذي الحاجات الخاصة مع معلم وطلبة آخرين في صف التربية العامة؟
4. ما هي تكلفة تقديم خدمات ومساعدات للطفل ذي الحاجات الخاصة في صف التربية العامة؟ (National Research Council, 2001).

تعريف الاحتواء الشامل في الطفولة المبكرة

Definition of Early Childhood Inclusion

هكذا، وبعد عقود من النقاش لضرورة تربية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في البيئة الأقل تقييدا، فقد اتفق المعلمون على أن أفضل تدريب للطفل ذي الحاجات الخاصة يأتي من التعليم في صفوف مع رفاق بدون إعاقات. ويعرف الاحتواء الشاملFull Inclusion على النحو الآتي: تزويد كافة الطلبة بالبرامج التربوية المناسبة في البيئات التعليمية المدمجة بهدف استغلال إمكانياتهم وإشباع حاجاتهم هذا بالإضافة إلى تقديم الدعم او المساعدة المناسبة لهم ولمعلميهم لتحقيق النجاح في الأوضاع الدمج. أما المدرسة الشاملة Inclusive schools فهو إمكان الذي يلتحق به الطلبة ويتلقوا فيه الدعم من أقرانهم وأعضاء المجتمع المدرسي لإشباع حاجاتهم التربوية(Allen and Cowdery, 2012; Friend and Bursuck, 2009).

أما الاحتواء الشامل في الطفولة المبكرة Early Childhood Inclusionفهو يتضمن القيم والسياسات والممارسات التي تدعم حق كل طفل صغير وأسرته بغض النظر عن القدرة على المشاركة في المدى الواسع من الأنشطة والبيئات وذلك كأعضاء في الأسرة او المجتمع. والنتائج المرغوبة لخبرات الاحتواء الشامل للأطفال ذوي الحاجات الخاصة والأطفال بدون إعاقات وأسرهم تشتمل الإحساس بالانتماء او العضوية في المجتمع وتكوين الصداقات والعلاقات الاجتماعية الايجابية و النمو واستغلال أقصى الإمكانيات (Allen and Cowdery, 2012). ويتضح من التعريف بأن الاحتواء الشامل ليس مجموعة من الاستراتيجيات أو مشكلة للوضع في المكان المناسب. الواقع انه يعني وعلى نحو أوضح الانتماء إلى المجتمع أو مجموعة من الأصدقاء أو المجتمع المدرسي أو البيئة المحيطة بما فيها الجيران. هذا ويمكن النظر إلى الاحتواء الشامل من ثلاثة أبعاد وهي على النحو الآتي:

أولاً: المعتقدات والقيم Believes and Valu التي تنتمي إليها الأسرة، وهي تشتمل تاريخها الخاص وتأثيراتها الثقافية وعلاقاتها الخاصة. هنا فان اختيار الأسرة هو الذي يوجه عملية الاحتواء الشامل، فهي تحدد المجتمع الذي تنتمي إليه والمجتمع الذي على طفلها ان يلتحق به.

ثانياً: خبرة Experience الاحتواء الشامل تتنوع من طفل إلى آخر ومن أسرة إلى أخرى، وعلى الرغم من ذلك فان الهدف هنا يتمثل بتحقيق المواءمة أو التوافق بين البرنامج والطفل والأسرة، وهكذا فإن الاحتواء الشامل يتطلب التخطيط والعمل ضمن فريق بالإضافة إلى الدعم.

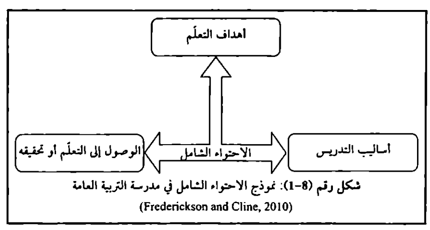
ثالثاً: النتائج Outcomes الملاحظة وتلك التي يشير إليها الآباء ومعلمو الأطفال في البرامج التربوية الشاملة. وتشتمل هذه النتائج على بعض التغيرات النمائية الملاحظة في برامج التربية الخاصة مثل تحسن مهارات التواصل وتطور المهارات الحركية والمهارات الاجتماعية ونمو الإحساس العام وغيرها Allen and (Cowdery, 2012).

المبادئ الأساسية للاحتواء الشامل Basic Principles of Full Inclusion

يتطلب تطوير منهاج الاحتواء الشامل في مدرسة التربية العامة تحقيق ثلاثة عناصر أساسية هي:

1. وضع تحديات تعلّمية مناسبة.
2. الاستجابة إلى حاجات الطلبة المتنوعة.
3. تجاوز معوقات التعلّم.

ويوضح الشكل الآتي هذه العناصر:



شكل رقم (8-1): نموذج الاحتواء الشامل في مدرسة التربية العامة
(Frederickson and Cline, 2010)

على نحوٍ عام، يستند الاحتواء الشامل إلى عدد من الأسس والإجراءات وهي على النحو الآتي:

1. تعليم الطفل في المدرسة المجاورة مع الإخوة والأخوات والأصدقاء والجيران.
2. تزويد الطفل بتعلم وبإمكانية الوصول إلى المصادر والأحداث كما هو الحال للأشخاص الآخرين أو الرفاق بدون الإعاقات.
3. تلقي تعليم في أوضاع التربية العامة عندما يكون ذلك مناسبا، وهذا لا يضمن الدمج الكلي في كافة الأوقات (الزريقات، 2010).

كما أشار كل من هالاهان وكوفمان وبولن (Hallahan, Kauffman, and Pullen, 2012) إلى أن هنالك ثلاثة عناصر أساسية للاحتواء الشامل على النحو التالي:

1. يحضر كافة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة بغض النظر عن نوع وشدة الإعاقات في صفوف التربية العامة فقط، وبكلمات أخرى، لا يوجد صفوف تربية خاصة منفصلة.
2. يلتحق كافة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة بالمدارس المجاورة التي يلتحق بها الأطفال أو الطلبة بدون الإعاقات.
3. تتبنى التربية العامة وليس التربية الخاصة المسؤولية الأولية عن الطلبة ذوي الحاجات الخاصة.

وبهذه المبادئ فإن المؤيدين للاحتواء الشامل يفترضون التخلي عن مفهوم التربية الخاصة، بينما يرى البعض الآخر بأن الحاجة لازالت قائمة لأخصائيين التربية الخاصة ومعالجي الكلام واللغة، ويجب أن يمارسوا أدوارهم وواجباتهم في صفوف التربية العامة إلى جانب معلمي التربية العامة.

قد تقدم المدارس أشكالا مختلفة من الاحتواء الشامل، فالطفل قد يتعلم كل اليوم أو جزءا من اليوم المدرسي في مدارس التربية العامة، وقد يتلقى معلم صف التربية العامة مساعدة من أشخاص آخرين، بعض المدارس تنظم غرف مصادر أو

صفوف منفصلة مع المعلم التربية الخاصة. وقد يقاوم البعض الاحتواء الشامل لأسباب مختلفة منها:

1. يخاف آباء الأطفال ذوي الحاجات الخاصة من فقدان الخدمات الخاصة، وينزعجون من كيفية معاملة الأطفال بدون إعاقات في أوضاع الدمج لأبنائهم أو أطفالهم ذوي الحاجات الخاصة.
2. يشعر معلمو صفوف الدمج بالقلق لعدم قدرتهم على التعامل مع الإعاقات غير المألوفة.
3. ينظر آباء الأطفال بدون إعاقات إلى أن الدمج سوف يستهلك الوقت بشكل غير مناسب، ولن يحصل الأطفال الآخرون على الوقت والانتباه بشكل عادل .(Hallahan, Kauffman, and Pullen, 2012)

مبررات التربية والتعليم المبكرة الشاملة

Rationale for Inclusive Early Education

لقد احتلت تربية وتعليم الطفولة المبكرة أهمية كبيرة في الوقت الراهن إذ حظيت بقبول واسع خلال ربع القرن الماضي. هذا ويعتبر الدمج المنظم للأطفال الصغار ذوي الحاجات الخاصة في برامج تربية وتعليم الطفولة المبكرة حديثاً نسبياً. وتعرض المناقشة الآتية أبرز المبررات لبرامج تربية وتعليم الطفولة المبكرة الشاملة:

المشكلة الأخلاقية The Ethical Issue

يشكل حق الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بعيش حياة نوعية وكريمة أحد أهم العوامل التي يستند إليها المدافعون عن الاحتواء الشامل. لقد انتقدت البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في الأوضاع المعزولة او المنفصلة ووصفت بأنها غير عادلة. هذا ويهدف الاحتواء الشامل إلى تحقيق قبول في النظام التربوي للأطفال بغض النظر عن خصائصهم الثقافية والعقلية والجسمية.

مشكلة التنشئة الاجتماعية The Socialization Issue

يتطلب الاحتواء الشامل للأطفال ذوي الحاجات الخاصة في برامج التربية العامة تحقيق حالات اجتماعية متساوية مع تلك التي يمتلكها الأطفال بدون إعاقات.

وإن من ايجابيات هذا البديل التربوي هو انه يثير الوعي وينمي الإدراك بالأطفال ذوي الحاجات الخاصة، فالمجتمع يصبح على الفة بهذه الفئة من الأطفال وهذا إذا حدث فإن من شأنه أن يؤدي إلى قبول واسع. لقد أكدت البحوث في مجال تربية تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة على أن عزل وفصل هؤلاء الأطفال يؤدي إلى حرمانهم من الخبرات الطبيعية اللازمة للنمو ويزيد من الفجوة والمسافة بينهم وبين أقرانهم، وبالإضافة إلى ذلك فان العزل ينتج عنه سوء الفهم والرفض. ومن هذا كله، فان الأطفال بدون إعاقات يحتاجون إلى التعرف إلى الأطفال ذوي الحاجات الخاصة خصوصاً أولئك الذين يمتلكون إعاقات ظاهرة مثل المعاقين حركياً والمكفوفين.

المشكلات النمائية Developmental Issues

تلعب السنوات المبكرة من عمر الطفل دوراً مهما في التأسيس للتعلم اللاحق، وخلال هذه السنوات يكتسب الأطفال مدى واسعا من المهارات الأساسية وفي كافة المجالات النمائية، وذلك على النحو الآتي:

1. يتعلمون كيفية الانتقال من مكان لآخر باستقلالية وهذا ضروري للاستكشاف.
2. اكتساب مهارات المسك وحل الأشياء والتعامل مع الأشياء المعقدة.
3. اكتساب مهارات الكلام والتواصل.
4. اكتساب اللغة الأم.
5. تطوير القدرة على التفكير والأفكار العامة وحل المشكلات والتأثير بالآخرين.
6. الاستجابة المتزايدة للكلمات المعقدة والإيماءات خلال الكلام.
7. اكتساب المهارات الاجتماعية.

ومن هنا فان برامج الطفولة المبكرة تلعب دورا مهما في مساعدة الأطفال على اكتساب هذه المهارات النمائية.

الفترات الحرجة او الحساسة Sensitive Periods

تعتبر السنوات المبكرة من عمر الطفل سنوات حرجة لأنها تلعب دورا مهما في التأسيس لأنواع التعلم اللاحق. فالطفل خلال هذه السنوات يستطيع القيام

باستجابات محددة والقدرة على التعلم من أنواع المثيرات المختلفة. ان التأثير المثير ذاته في أوقات لاحقة على النمو يصبح أقل، ومن هنا تبرز أهمية البرامج التربوية والبيئات التعلّمية الاستجابية في الطفولة المبكرة خلال هذه المراحل الحرجة، خصوصاً للأطفال ذوي الحاجات الخاصة او ذوي المشكلات النمائية. فإعاقات النمائية او التأخر النمائي يمنع الطفل من الاستجابة بالطرق المألوفة في الأوقات الحرجة، ان لم يعرفوا بأهمية هذه المراحل فإنهم لن يكونوا قادرين على الاستجابة لحاجات الطفل، كما أن المعلمين في صفوف التربية العامة يواجهون فروقات نمائية متنوعة بين الطلبة وهذا يفرض على المعلم ان ينوع بوسائل تواصله وسلوكياته مع الطلبة.

مشكلة التكلفة The Cost Issue

تشكل تكلفة تزويد الطفل ببرامج تربوية في الطفولة المبكرة تحدياً بالنسبة للآباء والمديرين ومقدمي البرامج وغيرهم من المهتمين. وبالنسبة لبعض مديري المدارس فان تقديم برامج تربوية خاصة في الطفولة المبكرة أمر في غاية الصعوبة خصوصاً أذا كانت لفئة من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة (Allen and Cowdery, 2012).

تقييم الاحتواء الشامل Evaluation of Full Inclusion

يمكن تقييم الاحتواء الشامل من خلال الإجابة على التساؤلات الآتية:

- ما الفائدة التي يمكن أن يحصل عليها المعاق من أوضاع الاحتواء الشامل؟
- هل المنهاج مناسب لمستوى نمو الطفل؟
- هل سيتلقى الطفل ذو الحاجات الخاصة الخدمات الخاصة للتعامل مع حاجاته السلوكية؟
- هل سيتلقى الطفل ذو الحاجات الخاصة خدمات خاصة ومتضمنة ببرنامج التربوي المناسب؟
- هل يوفر الاحتواء الشامل مهارات اجتماعية للتعامل مع الأطفال بدون إعاقات؟
- هل يشارك الوالدين بالبرامج التربية المقدمة في أوضاع الاحتواء الشامل؟
- هل يزود الاحتواء الشامل الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بالمهارات الضرورية اللازمة للتعامل مع المجتمع؟

- هل الاحتواء الشامل مخطط له؟
- هل المعلمون مدربون ومهيئون للتعليم في أوضاع الاحتواء الشامل؟
- هل المعلمون مدركون لخصائص الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وما يمكنهم تحقيقه؟
- هل يعاني المعلمون من الفروقات الفردية في التعليم بأوضاع الاحتواء الشامل؟ (الزريقات، 2010).

لقد دعم معظم الباحثين والمعلمين والآباء فكرة أن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة يمكن أن يستفيدوا من التفاعل مع الأطفال بدون إعاقات، فالاحتواء الشامل يزود بخبرة مدرسية نوعية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وهذا يظهر في زيادة التوقعات والفرص المتوفرة في صفوف التربية العامة. إن الفروقات في تطوير إدراك الطالب ذي الإعاقة يعتمد على زيادة التفاعل، وهذه الفروقات تتطلب بشكل رئيسي تعديل الخبرة المدرسية، وإذا ما حقق ذلك فانه يلمس اثر على قدرات وسلوك الطفل ذي الإعاقة (Kellegrew, 1995).

لقد أشار قانون تربية وتعليم الأفراد المعاقين الأمريكي IDEA إلى أنه يجب أن تقدم كافة الخدمات في البيئة الأقل تقيدا كما أن النشاطات والوضع في المكان المناسب يجب أن يكون في المدرسة القريبة من مكان إقامة الطالب. فالاحتواء الشامل يشير إلى أن الطالب ذي الإعاقة يجب أن يوضع في المدرسة القريبة مع أقران له من نفس عمره، ويجب أن تقدم له كافة الخدمات في صفوف التربية العامة .(Bondy and Frost, 1995)

اهداف الاحتواء الشامل Goals of Full Inclusion

على نحو عام، يهدف الاحتواء الشامل إلى:

1. تعميم المهارات الاجتماعية المتعلمة في البيئة المنظمة في أوضاع عادية مع رفاق من نفس العمر.
2. تعلم مهارات اجتماعية جديدة.

3. تعميم المهارات الأكاديمية المتعلمة في البيئة المنظمة إلى أوضاع تعليم ضمن المجموعة مع رفاق عاديين من نفس العمر.
4. تعليم مهارات أكاديمية جديدة.
5. زيادة تدريجية ومنتظمة لوقت الطالب في الأوضاع التعليمية العادية، وزيادة الوقت يجب أن تكون متزامنة مع تحقيق الأهداف المستهدفة. ويتلاشى الدعم تدريجيا حتى يصبح الطفل متضمنا في يوم مدرسي كامل.

الفوائد المتوقعة مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة

1. توفير إثارة إضافية وخبرات متنوعة.
2. تصميم أنشطة المنهاج استنادا إلى جوانب القوة والضعف للأطفال ذوي الحاجات الخاصة.
3. توفير فرص أفضل لملاحظة أطفال بدون إعاقات والتفاعل معهم وتقليدهم.
4. إثارة الدافعية.
5. توفير فرص التعلم المباشر من الأطفال بدون إعاقات.

الفوائد المتوقعة مع الأطفال بدون الإعاقات

1. تعتمد الفائدة أكثر على نوعية التدريس.
2. قبول الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.
3. الاستفادة من الوسائل التعليمية في اكتساب المهارات.
4. التفاعل مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.
5. تنمية اتجاهات ايجابية نحو الإعاقة.
6. التعرف على خصائص الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.

الفوائد المتوقعة مع الأسر

1. تعتمد الفائدة أكثر على الخبرة مع برنامج الاحتواء الشامل.
2. التعرف على قدرات الطفل وإمكانيات التعلم لدية.
3. قبول الفروقات الفردية بين الأطفال.

الفوائد المتوقعة مع المجتمع

1. التأثير الايجابي لبرامج الاحتواء الشامل على الأطفال هو بمثابة هدف طويل المدى له.
2. تفاعل الأطفال بدون إعاقات مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة يزيد من قدرات الاحتمال لديهم وقبولهم في السنوات اللاحقة.
3. تفاعل الأطفال بدون إعاقات مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة يزيد من التفهم والوعي باحتياجات هذه الفئة من الأطفال في السنوات اللاحقة.
4. تفاعل الأطفال بدون إعاقات مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة يزيد من فهم الفروقات الفردية بين الأفراد (Allen and Cowdery, 2012).

المهارات المستهدفة مع الأطفال الصغار

علينا أن نتأكد من أن المهارة أصبحت موجودة ضمن المخزون السلوكي للطفل قبل الوضع في برنامج الاحتواء الشامل. ويمكن أن يوضع معيار 90٪ لثلاث جلسات متتالية مع ثلاثة أطفال آخرين، أو كبار مختلفين، في ثلاثة أوضاع مختلفة، لتحقيق إتقان المهارة، ويمكن أن تشتمل المهارات السابقة على:

1. **مهارات لغوية:**

أ. اتباع تعليمات من خطوتين عندما تعرض على المجموعة.

ب. التواصل مع الحاجات والرغبات.

ج. إجابة الأسئلة البسيطة.

د. طرح أسئلة بسيطة.

ه. الاشتراك في تفاعلات محادثة بسيطة

و. تذكر الخبرات.

2. **المهارات الاجتماعية**

أ. اتباع تعليمات من خطوتين عندما تعرض على المجموعة.

ب. التواصل مع الحاجات والرغبات.

ج. إجابة الأسئلة البسيطة.

د. طرح أسئلة بسيطة

ه. الاشتراك في تفاعلات محادثة بسيطة

و. تذكر الخبرات.

3. المهارات الاجتماعية:

أ. اخذ الدور خلال الأنشطة.

ب. الانتظار بهدوء.

ج. تبادل التحية مع الرفاق والكبار.

د. المشاركة في الأنشطة.

ه. المبادرة في نشاط اللعب مع الرفاق بدون مساعدة.

و. تقليد لعب الكبار.

4. المهارات الأكاديمية:

أ. التعليم من خلال ملاحظة الآخرين.

ب. إنهاء العمل أو الواجب الصفي باستقلالية.

ج. رفع اليد لطب المساعدة من الآخرين.

د. تعلم الأهداف المستهدفة خلال تعليم المجموعة.

ه. إنهاء المناهج الأكاديمية ضمن المستوى نفسه.

5. المهارات السلوكية:

أ. الاستجابة للتعزيز المتأخر، حيث يقدم التعزيز بعد فترة من الزمن من إنهاء السلوك المستهدف، ويمكن أن يقدم بعد المدرسة، بهدف تجنب إعطاء انتباه زائد للطفل خلال المدرسة.

ب. إظهار السلوك الفوضوي بمستوى قريب من الصفر في كافة البيئات.

ج. ضبط السلوكيات النمطية.

تدريس الطالب في برنامج الاحتواء الشامل

كمعلم للطلبة ذوي الحاجات الخاصة فانك تستطيع تدريس هذه الفئة من الطلبة باتباع الإرشادات الآتية:

1. قف خلف الطالب لإعطاء التشجيع والتعزيز المناسب لضبط سلوك الطالب، واعمل على تلاشي ذلك تدريجيا.
2. ادعم الطالب في حالة:
   أ. انشغاله في سلوكيات غير مناسبة
   ب. تشجيع الطالب لاتباع تعليمات المعلم اللفظية خلال 15 ثانية
   ج. تشجيع الطالب لبدء العمل باستقلالية خلال 15 ثانية من إعطاء التعليمات.
3. استعمل الإشارات والإيماءات لتشجيع الطالب اتباع تعليماتك، وراع ان تعليماتك لا تعاد قبل فريق العمل.
4. ادعم وشجع بعد 15 ثانية من إعطاء تعليماتك.
5. قدم التعزيز بعد كل استجابة صحيحة، ثم بعد كل ثلاث استجابات صحيحة، ثم بعد ست استجابات صحيحة، وهكذا.
6. إذا سأل الطالب، أو أجرى تعليق للفريق الداعم، اعد توجيه الطالب لتعليماتك.
7. اعمل على تنمية التفاعلات الاجتماعية ما أمكن.
8. إذا كانت المهارة مستهدفة للتعليم، اتبع إجراءات التعليم المكتوبة.
9. لخص بفقرات البيانات الخاصة بالمهارات المستهدفة يوميا.
10. قدم تعزيزا لفظيا واجتماعيا عندما يكون ذلك مناسبا (الزريقات، 2010).

مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في دخول برنامج الاحتواء الشامل

لتحقيق محاولات ناجحة لدخول الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في برامج الاحتواء الشامل فان هذا يتطلب ما يلي:

1. إكساب المهارات الاجتماعية لتمكينهم من بناء علاقات اجتماعية مع الأطفال بدون إعاقات والمحافظة عليها خصوصا المهارات اللازمة لتنفيذ الألعاب مع الأقران بدون الإعاقات.

2. توفير الرفاق وهذا يتطلب إكساب الأطفال ذوي الحاجات الخاصة المهارات الاجتماعية واللغة المناسبة لتوفير عنصر التواصل مع الآخرين وتبادل الأشكال المختلفة من الاهتمامات والمعلومات.
3. إكساب الأطفال مهارات لغوية تمكنهم من التفاعلات الاجتماعية مع الأفراد.

إرشادات لتحقيق الاندماج الاجتماعي في أوضاع الاحتواء الشامل

لتحقيق اندماج اجتماعي في برامج الاحتواء الشامل فان يحتاج إلى:

1. توفير أنشطة جذابة تقع ضمن اهتمامات الأطفال.
2. توفير رفاق يشاركون الأطفال ذوي الحاجات الخاصة اهتماماتهم.
3. توفير معلمين مدربين على التعامل مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ولديهم القدرة على ضبط سلوكياتهم.
4. مشاركة الكبار المحيطين بالطفل ذي الإعاقة اهتماماته أكثر من توجيه تعليمات مباشرة (Handleman, Harris, and Martins, 2005).

دعم الاحتواء الشامل: تطبيقات المعلم

يتطلب الاحتواء الشامل الفعّال التخطيط المنظم وتطبيقات المعلم الذي يستطيع القيام بالآتية:

1. تصميم برامج وأنشطة تربوية فردية.
2. تنظيم بيئة تعليمية هادفة.
3. إدراك أن جميع الأطفال يسلكون على نحو مناسب في مواقف وغير مناسبة في مواقف أخرى.
4. إدراك أهمية اللعب في التعلم.
5. توفير بيئة مثيرة.
6. تقييم تقدم الأطفال.
7. توفير منهاج مرن.
8. التعاون مع الأخصائيين الآخرين (Allen and Cowdery, 2012).

المراجع

أولا: المراجع العربية

- برور، جو، (2005). **تربية وتعليم الطفولة المبكرة**. ترجمة إبراهيم الزريقات وسهى نصر. الأردن، دار الفكر.
- الزريقات، إبراهيم، (2005). **اضطرابات الكلام واللغة: التشخيص والعلاج**. الأردن، دار الفكر.
- الزريقات، إبراهيم، (2006). **الإعاقة البصرية: المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية**. الأردن، دار المسيرة.
- الزريقات، إبراهيم، (2007). **الصمم وضعف السمع**. في: جمال الخطيب وآخرون، **مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة**. الأردن، دار الفكر.
- الزريقات، إبراهيم، (2011). **تعديل سلوك الأطفال والمراهقين: المفاهيم والتطبيقات**. الأردن، دار الفكر.
- الزريقات، إبراهيم، (2010). **الإعاقة السمعية مبادئ التأهيل السمعي والكلامي والتربوي**. الأردن، دار الفكر.
- الزريقات، إبراهيم، (2010). **التوحد: السلوك والتشخيص والعلاج**. الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع.

ثانيا: المراجع الانجليزية

- Albanse, A., Miguel,S., and Koegel, R. (1995). Stoical support for families. In: Robert L. Koegel and Lynn Kern Koegel (eds.), Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Allen, K. and Cowdery, G. (2012). The exceptional child: Inclusion in early childhood education. U.S.A.: Wadsworth Cgage Learning.
- Andrews, J., Leigh, I., and Weiner, M. (2004). Deaf people: Evolving perspectives from psychology, education, and sociology. Boston: Allyn and Bacon.
- Appleby, E. (1997). Services coordination and the role of the social worker. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Aronen, E. and Arajrvi, T. (2004). Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Bagnato, S., Neiswarth, J., and Munson, S. (1993). Sensible strategies for assessment in early intervention. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Bailey, D. and Henderson, L. (1993). Traditions in family assessment: Toward an inquiry-oriented, reflective model. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Barnett, W. (2000). Economics of early childhood intervention. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bellis, T. (2002). When the brain can't hear: Unraveling the mystery of auditory processing disorder. New York: ATRIA BOOKS.
- Belson, S. (2003). Technology for exceptional learners: Choosing instructional tools to meet students' needs. Boston: Houghton Mifflin Company.

- Benn, R. (1993). Conceptualizing eligibility for early intervention services. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Berlin, L., Brooks-Gunn, J., McCarton, C., and McCormick, M. (2004). The effectiveness of early intervention: Examining risk factors and pathways to enhanced development. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Bondy, A. and Frost, L. (1995). Educational approaches in pre-school: Bevavior techniques in a public school setting. In: Eric Schopler and Gary B. Mesibov (Eds.), Learning and cognition in autism. New York, London: Plenum Press.
- Brandley-Johnson, S. and Evans, L. (1991). Psychoeducational assessment of hearing impaired student: Infancy through high school. Austin: pro-ed.
- Brasher, B. and Holbrook, C. (1996). Early intervention and special education. In; Cay Holbrook (ed.), Children with visual impairment: A parents' guide. Bethesda: Woodbine House.
- Brewer, J. (2004). Introduction to early childhood education: preschool through
- Brewer, J. (2010). Introduction to early childhood education: Preschool through primary grades. Boston: Allyn & Bacon.
- Brill, M. (1994). Keys to parenting the child with autism. New York: Baron's Educational Series, Inc.
- Brooks-Gunn, J., Berlin, L. and Fuligni, A. (2000). Early childhood intervention programs: What about the family?. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bruder, M. and Chandler, L. (1996). Transition. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Bryant, D. and Graham, M. (1993). Models of service delivery. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.

- Burns, A. and Pate, N. (1997). Motor development and occupational therapy services. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Caughy, M., DiPietro, J., and Strobino, D. (2004). Day-care participation as a protective factor in the cognitive development of low-income children. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Clifford, R. and Bernier, K. (1993). Systems of financing early intervention. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Cohen, S. Labadie, R. and Haynes, D. (2005). Primary care approach to hearing loss: The hidden disability. ENT: Ear, Nose and Throat Journal. Vol. 84, No. 1, pp. 26-34.
- Coll, C. and Magnuson, K. (2000). Cultural differences of developmental vulnerabilities, and resources. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cook, R., Tessier. A., and Armbruster, V. (1987). Adapting early childhood curricula for children with special needs. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Covel, S. (1997). The importance of play. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Cullinan, D. (2007). Students with emotional and behavioral disorders: an introduction for teachers and other helping professionals. Upper Sanddle River: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Dejnozka, E. and Kapel, D. (1991). American educators' encyclopedia. New York: Greenwood Press.
- Dingman, S, Velez, A., and Gardner, M. (1997). Deadly epidemics: Fetal alcohol syndrome, cocaine, and aids. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Dunlap, L. (1997). Behavior management. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.

- Dunlap, L. (1997). Early intervention services for infants, toddlers, and preschoolers. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Dunlap, L. (1997). Infants, toddlers, and preschoolers with developmental delays. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Dunlap, L. (1997). Transition: preparing for the next step. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Dunst, C. (2004). Revising "rethinking early intervention". In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Dunst, C., Mahoney, G., and Buchan, K. (1996). Promoting the cognitive competence of young children with or at risk for developmental disabilities. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Duwa, S., Wells, C., and Lalinde, P. (1993). Creating family-center programs and polices. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Dworkin, P. (2000). Preventive health care and anticipatory guidance. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Earls, F. and Buka, S. (2000). Measurement of community characteristics. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Emde, R. and Robinson, J. (2000). Guiding principles for a theory of early intervention: A developmental-psychoanalytic perspective. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- English, K. (2002). Counseling children with hearing impairment and their families. Boston: Allyn and Bacon.
- Farran, D. (2000). Another decade of intervention for children who are low income or disabled: What do now know?. In: Jack P. Shonkoff

and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.

- Feldman, M. (2004). Conclusion: The future of early intervention research and practice. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Feldman, M. (2004). Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Feldman, M., Sparks, B., and Case, L. (2004). Effectiveness of home-based early intervention on the language development of children of mothers with mental retardation. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Ferrell, K. (1986). Working with parents. In: Geraldine T. Scholl (ed.), Foundation of education for blind and visually impaired children and youth: Theory and practice. New York: American Foundation for the Blind (A.F.B.).
- Fewell, R. (1996). Intervention strategies to promote motor skills. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Fiese, B. and Sameroff, A. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Foster, R. and Foster, B. (1993). Definitional issues: Prevalence, participation, and service utilization. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Frederickson, N. and Cline, T. (2010). Special educational needs, inclusion and diversity. London: Open University Press, Mc Graw Hill.
- Friend M. and Bursuck, W. (2009). Including students with special needs: A practical guide for classroom teachers. Upper Saddle River: Merrill – Pearson.
- Gallagher, J. (1993). Policy designed for diversity: New initiatives for children with disabilities. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.

- Garbarino, J. and Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gargiulo, R. and Kilgo, J. (2000). Young children with special needs: An introduction to early childhood special education. Birminham: Delmar Publishers.
- Gargiulo, R. and Kilgo, J. (2000). Young children with special needs. U.S.A.: Delmar Publishers.
- Gavidia-Payne, S. and Stoneman, Z. (2004). Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Goldstein, H., Kaczmarek, L., and Hepting, N. (1996). Indicators of quality in communication intervention. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Graham, M. and Bryant, D. (1993). Characteristics of quality, effective service delivery systems for children with special needs. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Gravel, S. and O'Gara, J. (2003). Communication options for children with hearing loss. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, Vol. 9, pp. 243-251.
- Guralnick, M. (2004). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Hall, J., Stone, L., Walsh, M., Wager, D., Hakes, A., and Graham, M. (1993). Predicting the costs of early intervention. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Hallahan, D. and Kauffman, J. (2006). Exceptional children: An introduction to special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Hallahan, D., Kauffman, J. and Pullen, P. (2012). Exceptional learners: An introduction to special education. Boston: Allyn and Bacon.

- Halpern, R. (2000). Early intervention for low-income children and families. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hamaguchi, P. (2001). Childhood speech, language, and listening problems. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Handleman, J., Harris, S., and Martins, M. (2005). Helping children with autism enter the mainstream. In: Fred R. Volkmar, Rhea Paul, Ami Klin, and Donald Cohen (eds.), Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior. Volume two. NewYork: John Wiley & Sons, INC.
- Hanline, M. and Galant, K. (1993). Strategies for creating inclusive early childhood settings. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Harpin, G., McWilliam, R. and Gallagher, J. (2000). Services for young children with disabilities and their families. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Harvey, E. (2002). Hearing disabilities. In: Martin, G., Fernando, A., and Sandra, K. (eds), Medical, psychosocial, and vocational aspects of disability. Athens: Elliott and Fitzpatrick.
- Hauser-Cram, P., Warfield, E., Upshur, C. and Weisner, T. (2000). An expanded view of program evaluation in early childhood intervention. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hecht, S. (1997). Speech and language services. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Hedrick, L. (1997). Parents and professionals working together. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Herring, J. (1996). Adjustment to your child's visual impairment. In; Cay Holbrook (ed.), Children with visual impairment: A parents' guide. Bethesda: Woodbine House.

- Heward, W. (2006). Exceptional children: An introduction to special education. Upper Sanddle River: Memill and Prentice Hall.
- Hooper, S. and Umansky, W. (2009). Young children with special needs. Upper Saddle River: Merrill – Pearson.
- Horn, E. (1996). Interventions to promote adaptive behavior skills. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Kagan, S. and Neuman, M. (2000). Early care and education: Current issues and future strategies. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kamerman, S. (2000). Early childhood intervention policies: An international perspective. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kargin, T. (2004). Effectiveness of a family-focused early intervention program in the education of children with hearing impairments living in rural areas. International Journal of Disability, Development and Function Vol. 51, No. 4, pp. 401-418.
- Kellegrew, D. (1995). Integrated school placements for children with disabilities. In: Robert L. Koegel and Lynn Kern Koegel (Eds.), Teaching children with autism: strategies for initiating0positive interactions and improving learning opportunities. Baltimore, London: Paul. H. Brookes Publishing Co.
- Kelly, J. and Barnard, K. (2000). Assessment of parent-child interaction: Implication for early intervention programs. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kirk, S., Gallagher, J., and Anastasiow, N. (2003). Educating exceptional children. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Klein, N. and Gilkerson, L. (2000). Personnel preparation for early childhood intervention programs. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Knitzer, J. (2000). Early childhood mental heath services: A policy and systems development perspective. In: Jack P. Shonkoff and

Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.

- Kochanek, T. (1993). Enhancing screening procedures for infants and toddlers: the application of knowledge to public policy and program initiatives. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Koegel, L. and Lazenik, C. (2004). Overcoming autism. U.S.A.: Viking Penguin.
- Krauss, M. (2000). Family assessment within early intervention programs. In: Jack P. Shonkoff and Şamuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kuder, S. (2003). Teaching students with language and communication disabilities. Boston: Allyn and Bacon.
- Marschark, M., Lang, H., and Albertini, J. (2002). Educating deaf students: From research to practice. New York: Oxford University.
- Martin, F. and Noble, B. (2002). Hearing and hearing disorders. In: George H. Ames and Noma B. Anderson (eds), Human communication disorders: An introduction. Boston: Allyn and Bacon.
- Mastropieri, M. and Scruggs, T. (2000). The inclusive classroom: Strategies for effective instruction. New Jersy: Prentice – Hall, Icn.
- Mckirdy, L. and Kilmovich, M. (1994). Habilitation and education of deaf and hard of hearing children. In: J. Katz (ed.), Handbook of clinical audiology. Baltimore: Williams and Wilkins.
- McLean, M. and Odom, S. (1996). Establishing recommended practices in early intervention/ early childhood special education. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- McLean, M. and Odom, S. (1996). Strategies for promoting social interaction and emotional development of infants and young children with disabilities and their families. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- McLoughlin, J. and Lewis, R. (2008). Assessing students with special needs. Upper Saddle River: Merrill Prentice Hall.

- McLoughlin, J. and Senn, C. (1994). Siblings of children with disabilities. In: Sandra K. Alper, Patrick J. Schloss, and Cynthia N. Schloss (eds.), Families of students with disabilities: Consultation and advocacy. Boston: Allyn and Bacon.
- Meisels, S. and Atkins-Burnet, S. (2000). The elements of early childhood assessment. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Meisls, S. and Shonkoff, J. (2000). Early intervention childhood: An continuing evolution. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, P. and Stayton, V. (1996). Personnel preparation in early education and intervention: Recommended preservice and inservice practices. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Moores, D. (1996). Educating the deaf: Psychology, principles, and practices. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Musick, J. and Stott, F. (2000). Paraprofessionals revisited and reconsidered. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- National Research Council. (2001). Educating children with autism. Committee on educational interventions for children with autism. Catherine Lord, and James P. McGee, eds. Division of behavioral and social sciences and education. Washington, DC: National Academy Press.
- National Research Council. (2005). Hearing loss: Determining eligibility for social security benefits. Committee on Disability Determination for Individuals with Hearing Impairments. Robert A. Dobie and Susan B. Van Hemel, editors. Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
- Neisworth, J. and Bagnato, S. (1996). Assessment for early intervention: Emerging themes and practices. In: Samuel L. Odom and

Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.

- Nelson, C. (2000). The neurobiological bases of early intervention. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Northern, J. and Downs, M. (2002). Hearing in children. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Old, D., Henderson, C., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, R., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P., and Powers, J. (2004). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: Fifteen-year follow-up of a randomized controlled trial. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Olson, J. Platt, J. Dieker, (2008). Teaching children and adolescents with special needs. Upper Saddle River: Merrill.
- Osofsky, J. and Thompson, M. (2000). Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risk and protective factors. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Owens, R., Metz, D., and Haas, A. (2000). Introduction to communication disorders: A life span perspective. Boston: Allyn and Bacon.
- Paasche, C., Gorrill, L. and Strom, B. (2004). Children with special needs in early childhood settings: Identification, intervention, and inclusion. U.S.A.: Thomson Delmar Learning.
- Papalia, D., Olds, S., and Feldman, R. (2001). Human Development. Boston: McGraw Hill.
- Paul, P. (2001). Language and deafness. San Diego: Singular/ Thomson Learning.
- Paul, R. (2007). Language disorders from infancy through adolescence: Assessment and intervention. St. Louis, Baltimore: Mosby.
- Peterson, N. (1987). Early intervention for handicapped and at-risk children: An introduction to early childhood special education. Denver: Love Publishing Company.

- Plante, E. and Beeson, P. (2008). Communication and communication disorders: A clinical introduction. Boston: Allyn and Bacon.
- Polloway, E., Patton, J. and Serna, L. (2005). Strategies for teaching learners with special needs. Upper Saddle River, New Jersey: Merrill Prentice Hall.
- prevalence study of deaf people using sign language: A prerequisite for deaf studies. Disability and Society. Vol. 18, No. 3, pp. 311-323.
- primary grades. Boston: Allyn and Bacon.
- Ramey, C., Campbell, F., Burchinal, M., Skinner, M., Gardner, M., and Ramey, S. (2004). Persistent effects of early childhood education on high-risck children and their mothers. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Raver, S. (2009). Early childhood special education: 0 to 8 years. Upper Saddle River: Merrill – Pearson.
- Richmond, J. and Ayoub, C. (1993). Evolution of early intervention. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Ruth, A. and Boliger, C. (1996). Family life. In; Cay Holbrook (ed.), Children with visual impairment: A parents' guide. Bethesda: Woodbine House.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ryan, K. and Delforno, M. (1997). Special education services. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Sage, M. (1997). Typical stages of early childhood development. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Salend, S. (2005). Creating inclusive classrooms: Effective and reflective practices for all students. Upper Sanddle River: Pearson Merrill Prentice Hall.

- Salvia, J. and Ysseldyke, J. (2004). Assessment in special and inclusive education. Boston: Houghton Mifflin company.
- Scalise-Annis, M. (1997). Services for children with hearing impairments. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Scheetz, N. (2004). Psychosocial aspects of deafness. Boston: Allyn and Bacon.
- Schirmer, B. (2001). Psychological, social, and educational dimensions of deafness. Boston: Allyn and Bacon.
- Schow, R. and Nerbonne, M. (2007). Introduction to audiologic rehabilitation. Boston: Allyn and Bacon.
- Seal, B. (2004). Best practice in educational interpreting. Boston: Allyn and Bacon.
- Shonkoff, J. and Marshall, P. (2000). Neurological basis of developmental vulnerability. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sitlington, P. and Clark, G. (2006). Transition education and services for student with disabilities. Boston: Allyn and Bacon.
- Smith, C., Groen, A., and Wym, J. (2004). Randomized trail of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Smith, D. (2007). Introduction to special education: Making a difference. Boston: Allyn and Bacon.
- Smith, T., Polloway, E., Patton, J., and Dowdy, C. (2001). Teaching student with special needs in inclusive setting. Boston: Allyn and Bacon.
- Snyder, S. and Sheehan, R. (1996). Program evaluation. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Stewart, D. and Kluwin, T. (2001). Teaching deaf and hard of hearing students: Content, strategies, and curriculum. Boston: Allyn and Bacon.

- Stile, S. (1996). Early childhood education of children who are gifted. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Strain, P., Smith, B., and McWilliam, R. (1996). The widespread adoption of service delivery recommendations: A systems change perspective. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Swanso, H. and Watson, B. (1989). Educational and psychological assessment of exceptional children. Columbus: Merrill Publishing Company.
- Taylor, R. (1993). Instruments for the screening, evaluation, and assessment of infants and toddlers. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Thompson, M. (1997). Art for children with special needs. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Trevarthen, C., Aitken, K., Papouli, D., and Robarts, J. (1998). Children with autism. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Turbiville, V., Turnbull, A., Garland, C., and Lee, I. (1996). Development and implementation of IFSPs and IEPs: Opportunities for empowerment. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Turnbull, A., Turbiville, V. and Turnbull, R. (2000). Evolution of family-professional partnerships: Collective empowerment as the model for early twenty-first century. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Turner, J. and Helms, D. (1991). Lifespan development. Chicago: Holt, Rinchart and Winston, Inc.
- Vaughn, S., Bos, C. and Schumm, J. (2007). Teaching students who are exceptional, diverse, and at risk in the general education classroom. Boston: Allyn and Bacon.
- Venn, J. (2000). Assessing students with special needs. Upper Sanddle River, New Jersey: Merrill Prentice Hall.

- Vergara, E., Adams, S., Masin, H., and Beckman, D. (1993). Contemporary therapies for infants and toddlers: Preferred approaches. In: Donna M. Bryant and Mimi A. Graham (eds.), Implementing early intervention: From research to effective practice. New York: The Guilford Press.
- Vincent, L. and McLean, M. (1996). Family participation. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.
- Wamae, G. and Kang'ethe-Kamu, R. (2004). The concept of inclusive education: Teacher training and acquisition of English language in the hearing impaired. British Journal of Special Education. Vol. 31, No. 1, pp. 33-40.
- Wynne, sh. (2010). Early childhood special education. Boston: XAMonline.
- Ward, S. and Seto, L. (1997). Physical therapy services. In: Linda L. Dunlap (ed.), An introduction to early childhood special education. Boston: Allyn and Bacon.
- Warfeild, M., Hauser-Cram, P., Krauss, M., Shonkoff, J., and Upshur, C. (2004). The effectiveness early intervention services on maternal well-being. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Werner, E. (2000). Protective factors and individual resilience. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Werngren-Elgstrom, M., Dehlin, O. and Iwarsson, S. (2003). A Swedish
- Westling, L. and Fox, L. (2009). Teaching students with severe disability. Upper Saddle River: Merrill – Pearson.
- Wolery, M. (2000). Behavioral and educational approaches to early intervention. In: Jack P. Shonkoff and Samuel J. Meisels (eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolery, M. and Sainato, D. (1996). General curriculum and intervention strategies. In: Samuel L. Odom and Mary E. McLean (eds.), Early intervention/ early childhood special education. Austin: pro-ed.

- Ysseldy Ke, J. and Algozzine, B. (1995). Special education: Apractical approach for teachers. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Zigler, E. and Styfco, S. (2004). Applying the findings of developmental psychology to improve early childhood intervention. In: Maurie A. Feldman (ed.), Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing.
- Zirpoli, T. (2008). Behavioral management: Application for teachers. Upper Sanddle River: Pearson Merrill Prentice Hall.